

DER NEGATIVISMUS BEI FRÜHKINDLICHEM AUTISMUS
Experimentelle und anamnestiche Untersuchungen

U. Temme-Meickmann

Münster 1981.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. med. H.E. Kehrer)
der Psychiatrischen und Nervenlinik der
Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
(Direktoren: Prof. Dr. G. Brune und Prof. Dr. R. Tölle)

DER NEGATIVISMUS BEI FRÜHKINDLICHEM AUTISMUS
Experimentelle und anamnestiche Untersuchungen

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche

5 Vorklinische und Theoretische Medizin und

6 Klinische Medizin

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Ulrike Temme-Meickmann geb. Temme

Hiltten

1980



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

- Dekan: Prof. Dr. Themann
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Kehrner
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Tölle

Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen und Nervenlinik der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster

Referent: Prof. Dr. Kehrer

Korreferent: Prof. Dr. Tölle

Z u s a m m e n f a s s u n g

Temme-Meickmann, Ulrike

DER NEGATIVISMUS BEI FRÜHKINDLICHEM AUTISMUS

Es wurden 25 Probanden ausgewählt, bei denen mit Hilfe des Autismus-Fragebogens die Diagnose "frühkindlicher Autismus" gestellt worden war.

Als Vergleichsgruppen wurden 25 geistig behinderte und 25 gesunde Kinder getestet.

Alle Probanden wurden einem Test unterzogen, der die Kinder in 19 Anforderungen auf negativistische Reaktionen prüfte.

Außerdem wurde den Eltern oder Erziehern ein Fragebogen mit 10 gezielten Fragen nach negativistischen Verhaltensweisen der Kinder im alltäglichen Leben vorgelegt.

Die Ergebnisse des Tests und des Fragebogens wurden nun nach verschiedenen Schemata ausgewertet und zwischen den drei Gruppen verglichen.

Es stellte sich heraus, daß die autistischen Kinder deutlich negativistisch waren, während die anderen Kinder kaum negativistisch reagierten.

Tag der Promotion: 10. März 1981

Inhaltsverzeichnis

1.0.0	Einleitung und Problemstellung
2.0.0	Einführung in die Problematik des frühkindlichen Autismus
2.1.1	Kontaktstörungen
2.1.2	Zwanghafte Handlungen
2.1.3	Störungen der Sprachentwicklung
2.1.4	Einordnung des Menschen als Objekt
2.1.5	Sensorische Störungen
2.1.6	Motorik und Stereotypien
2.1.7	Intellektuelle Retardierung
2.2.0	Ätiologie
2.2.1	Genetische Grundlagen
2.2.2	Hirnschäden
2.2.3	Psychogenetische Verursachung
2.2.4	Verhaltensmodifikatorische Aspekte
2.2.5	Kognitive Ausfälle
2.2.6	Abnorme Wahrnehmung
2.3.0	Differentialdiagnostische Überlegungen
3.0.0	Erläuterungen zum Begriff Negativismus
4.0.0	Methodik
4.1.0	Die Auswahl der Probanden
4.2.0	Das Testverfahren
4.3.0	Die Elternbefragung
5.0.0	Die Ergebnisse
5.1.0	Testzwischenfälle
5.2.0	Häufigkeit negativistischer Verhaltensweisen
6.0.0	Literaturvergleich

- 7.0.0 Konsequenzen für den Umgang mit autistischen
 Kindern und Therapiemöglichkeit
- 7.1.0 Diagnostische Konsequenzen
- 8.0.0 Zusammenfassung

1.0.0 Einleitung und Problemstellung

Ein Krankheitsbild, das in den letzten Jahren immer mehr Beachtung fand und um das sich die Wissenschaftler der medizinischen und psychologischen Fakultäten stetig bemühen, ist der frühkindliche Autismus; erstmals 1943 von Kanner in dieser Form beschrieben.

Der frühkindliche Autismus wirft viele medizinische aber auch soziale Probleme auf, mit denen sich seit geraumer Zeit auch die Medien wie Presse und Fernsehen beschäftigen, um die Allgemeinheit auf die Not der Betroffenen aufmerksam zu machen.

Im Jahre 1970 schlossen sich Eltern und Betreuer autistischer Kinder unter dem Namen "Hilfe für das autistische Kind" zusammen.

Nach englischem Vorbild begann man mit der Planung von Schulen und Therapiezentren speziell für autistische Kinder. Für die große Zahl von autistischen Kindern - sie wird auf 10 000 in der BRD geschätzt - gibt es bis jetzt etwa 20 Plätze in staatlich getragenen Modellversuchen. Etwa 100 Kinder finden Hilfe und Ausbildung in Einrichtungen des Verbandes. Um ausreichend viele Plätze schaffen zu können, hofft man auf eine größere staatliche Förderung, wie sie z. B. in England, in den USA und in den Niederlanden gewährt wird.

Die Zielsetzung des Vereins, optimale Förderung der autistischen Kinder und Schaffung angemessener Lebensbedingungen für sie, geht Hand in Hand mit einer möglichst genauen Definition und Aufklärung des Krankheitsbildes.

Mit der vorliegenden Arbeit hofft die Verfasserin, einen kleinen Beitrag zu dieser Aufklärung leisten zu können.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, festzustellen, ob und in welcher Weise autistische Kinder negativistisch sind.

Zu diesem Zweck wurde mit 25 frühkindlichen Autisten ein hierfür entwickelter Test gemacht. Außerdem wurden die Eltern nach einem ebenfalls speziellen Fragebogen befragt.

Zur optimalen Auswertung der Ergebnisse wurde eine Vergleichsgruppe geistig behinderter Kinder herangezogen. Ebenso wurde eine Gruppe gesunder Kinder getestet. Jedem autistischen Kind wurde nun ein geistig behindertes und ein gesundes Kind gleichen Alters und gleichen Geschlechts zugeordnet.

2.0.0 Einführung in die Problematik des frühkindlichen Autismus

Der frühkindliche Autismus ist eine Störung, die vor dem 30. Lebensmonat beginnt.

Das Kind fällt durch Kontaktstörungen und durch Zwangssymptome, hierbei besonders Veränderungsangst, auf. Diese zwei Symptome wurden 1943 von Kanner als Kardinalsymptome des frühkindlichen Autismus (early infantil autism) formuliert.

Neben dieser Primärsymptomatik findet man eine ganze Anzahl spezifischer autistischer Entwicklungs- und Verhaltensabnormitäten, die auf die Kardinalsymptome zurückzuführen sind.

Den Begriff Autismus übernahm Kanner von dem Schweizer Eugen Bleuler, der 1911 diesen Ausdruck auf schizophrene Kranke anwandte, die sich aus dem Leben in der Gemeinschaft auf sich selbst zurückgezogen haben, sich wie durch eine Glaswand von der Außenwelt getrennt nur mit sich selbst und den eigenen Gedanken beschäftigen.

Bleuler beschrieb den Autismus mit den Worten: "Loslösung von der Wirklichkeit zusammen mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Binnenlebens."

Kanner faßte unter dem Krankheitsbild des frühkindlichen Autismus alle die Kinder zusammen, deren gestörtes Verhalten mit dem Verhalten Schizophrener eine gewisse Ähnlichkeit zeigte.

Kanner tendierte auch zu der Annahme einer Beziehung zwischen der Schizophrenie der Erwachsenen und dem Autismus der Kinder. Er machte sowohl erbgenetische als auch peristatische Faktoren für das Krankheitsbild des Autismus bei Kindern verantwortlich.

2.1.1 Kontaktstörungen

Das erste Grundsymptom des frühkindlichen Autismus ist das Fehlen affektiven Kontaktes, das sich schon in den ersten Lebensmonaten des Kindes bemerkbar macht. Die Kinder nehmen weder verbal noch a verbal Kontakt auf.

Von vielen Eltern wird berichtet, daß das Fehlen der Antizipationshaltung (Gesell) und der Lächelreaktion (Spitz) sie erstmalig auf das gestörte Verhalten des Kindes aufmerksam machte.

Diese Kinder spielen in einer Auf-sich-selbst-Bezogenheit immer allein.

Sie scheinen ihre Umwelt nicht wahrzunehmen. Die Eltern haben oft den Eindruck, ihrem Kind vollkommen fremd und hilflos gegenüber zu stehen, es in seiner Welt nicht erreichen zu können.

Die Kinder starren oft lange Zeit einfach vor sich hin und scheinen in Gedanken versunken, ohne daß es den Eltern möglich ist, auf sich aufmerksam zu machen, oder das Kind irgendwie aus seiner Abkapselung herauszulocken. Niemals kommt es zum Blickkontakt mit dem Kind. Die Kommunikationsversuche der Eltern werden negiert. Nimmt die Mutter das Kind an sich, hat sie den Eindruck, es mache sich steif, auch wendet es den Kopf ab und meidet so jeglichen Kontakt.

Das Kind scheint nur zufrieden zu sein, wenn man es allein läßt.

Die Kinder übersehen ihre Mitmenschen scheinbar, sie schauen durch sie hindurch. Ihre zurückgezogene unpersönliche Art vergrößert ihre eigene Isolation von anderen Kindern und Erwachsenen.

Die autistischen Kinder bedienen sich häufig anderer

Personen wie eines Werkzeuges, indem sie z. B. die Hand eines Betreuers nehmen, um ein gewünschtes Spielzeug, das sie selbst nicht erreichen können, zu erlangen.

Bei den 11 Kindern, die Kanner 1943 beobachtete, bestanden diese Kontaktstörungen schon seit dem Säuglingsalter.

Es gibt jedoch auch Kinder, bei denen die Entwicklung in den ersten 2 bis 2 1/2 Jahren völlig normal verläuft, und die Störungen erst dann beginnen.

Für Verlauf und Prognose ist es nicht wesentlich, ob die Abkapselung schon von Geburt an besteht oder sich erst nach einiger Zeit entwickelt.

2.1.2 Zwanghafte Handlungen

Dieses zweite Symptom kann erst im Laufe des zweiten Lebensjahres diagnostiziert werden, denn das Kind ist erst jetzt in der Lage, zu seiner Umgebung und den darin enthaltenen Objekten Beziehungen herzustellen, wobei eine enge Korrelation besteht zwischen den mit den Umgebungsobjekten gesammelten Erfahrungen und den motorischen Fähigkeiten des Kindes. Es muß also erst eigenständig in der Lage sein seine Umwelt kennenzulernen und eine Beziehung zu ihr entwickeln, um dann mit zwanghaftem Bestreben für eine stetige Gleichheit der Umgebung zu kämpfen. Alle vertrauten Dinge dürfen nicht verändert werden. Das Umräumen von Möbeln oder Spielzeug, die Abänderung eines täglichen Weges oder des Tagesablaufes beschwören größte Schwierigkeiten herauf.

Die Kinder reagieren mit Zornausbrüchen bei jeder Veränderung.

Kanner spricht von Veränderungsangst, Stutte von Angstparoxysmen, wobei es sich meist nicht um Angst, sondern um einen Veränderungsunwillen handelt.

Einige autistische Kinder neigen dazu Handlungen zu ritualisieren. Versucht man, diese Rituale zu durchbrechen, reagieren die Kinder mit Wutanfällen. Man kann oft Zwangshandlungen verschiedenster Art beobachten.

Die meisten Kinder spielen immer mit den selben Gegenständen und bevorzugen die selben stereotypen Bewegungen.

O'Gormann schreibt 1976: "Zwangshandlungen wie Socken hochziehen, Nasenbohren und Grunzen sind alltäglich, Fratzenschneiden ist fast ein Routine-symptom."

Da dieses Kardinalssymptom erst im 2. Lebensjahr auftritt, läßt sich vor dieser Zeit die Diagnose "frühkindlicher Autismus" nicht stellen.

2.1.3 Störung der Sprachentwicklung

Wir unterscheiden beim frühkindlichen Autismsus zwei Formen der Störung der Sprachentwicklung. Häufig setzt die Entwicklung der Sprache erst verspätet ein, es kommt aber auch vor, daß Worte, die zeitgerecht gelernt wurden, wieder verlernt werden; die Kinder hören ganz auf zu sprechen, um dann oft viele Jahre später das Sprechen erneut zu erlernen.

Da die autistischen Kinder die Sprache nicht als Kommunikationsmittel benutzen - sie nehmen ja gar keinen Kontakt auf - fehlt der Antrieb zum Sprechen bei erhaltener Sprechfähigkeit.

Die mit vielen Mühen spät erlernte Sprache des Autisten hat viele Eigenheiten. Wir treffen häufig Echolalie an, ebenfalls ein Zeichen, daß die Sprache nicht zur Mitteilung benutzt wird; Gesagtes wird lediglich nachgesprochen, wiederholt. Auch kommt es oft zur pronominalen Umkehr, die Kinder sprechen in der 2. bzw. 3. Person Singular von sich selbst, wobei hierfür sowohl die Echolalie als auch das verspätete Einsetzen des Ichbegriffs verantwortlich zu machen sind. Neologismen kommen häufig vor, genauso wie Wörter nur nach dem Klangbild aufgefaßt werden.

Wing schrieb 1973 von einem Mädchen, das "besick" (sei krank) anstelle von "biskuit" (Keks) sagte. Trotz der meistens stark retardierten Sprache gewinnt man im Umgang mit den Kindern häufig den Eindruck, daß das Sprachverständnis ungestört ist. Da man bei autistischen Kindern gehäuft Linkshändigkeit und eine fehlende ausgeprägte Dominanz findet, vermutet J.X. Wing 1973 einen Zusammenhang zwischen nicht eindeutig festgelegter Lateralität und verzögerter Sprachentwicklung.

2.1.4 Einordnung des Menschen als Objekt

Das autistische Kind sieht Menschen als zur dinglichen Welt gehörig an. Affektive Bindungen werden

nicht eingegangen, sondern Mitmenschen als Objekte behandelt oder benutzt; so bedienen die Kinder sich der Betreuer als physisches Mittel, als Werkzeug. Manchmal gewinnt man den Eindruck, die Mitmenschen seien für sie sogar im Wege stehende Objekte.

2.1.5 Sensorische Störungen

Viele autistische Kinder reagieren auf sensorische Reize verstärkt oder aber vermindert.

Laute Geräusche werden ignoriert, leise Musik wird sofort gehört.

Die Wahrnehmung von Kälte und Schmerz ist oft sehr stark herabgesetzt. Heftige Autoaggressionen entladen sich mitunter, indem die Kinder den Kopf kräftig auf den Boden schlagen, sie scheinen keinen Schmerz zu kennen.

Um ihre Umwelt zu erkunden, lecken, riechen, schnupern und tasten die Kinder Gegenstände ab.

Weber schreibt 1970, daß die Kinder sich visuelle Sensationen durch Augenbohren (digito-okuläres Phänomen) und durch Bewegungen der Hand vor den Augen (Fächerbewegungen) verschaffen und auf diese mit Begeisterung reagieren.

2.1.6 Motorik und Stereotypien

Obwohl die Bewegungen eines autistischen Kindes oft grazil wirken, kann man besonders im jungen Alter eine Unbeholfenheit feststellen, die die

Feinmotorik betrifft.

Die Kinder neigen zu speziellen Bewegungen.

Sie verdrehen Gelenke, hüpfen, grimassieren und schlenkern heftig mit den Armen. Sie sind meist hyperaktiv.

Die Muskulatur ist oft deutlich hypoton.

Häufig beobachtet man, daß die Kinder immer dieselben stereotypen Bewegungen machen. Diese sind entweder als Autostimulation mit selbstbefriedigendem Effekt oder aber als Autoaggression aufzufassen.

Man sieht mitunter, daß ein Kind stundenlang seinen Oberkörper hin- und herwiegt.

Die Kinder führen Selbstschädigungen durch, indem sie hart mit dem Kopf auf den Boden oder gegen eine Wand schlagen. Teilweise beißen oder schlagen sie sich selbst blutig.

Man findet stereotype Interessen; so beschäftigen sich Kinder damit, Spielzeug immer wieder im Kreis zu drehen, mit Bauklötzen zu klopfen oder aber banale Dinge, wie z. B. Kieselsteine, zu sammeln.

2.1.7 Intellektuelle Retardierung

Über die Störung der Intelligenzentwicklung kamen Kanner und Eisenberger aufgrund katamnestischer Erhebungen zu folgender Aussage: Ein Drittel der Kinder war normal bis überdurchschnittlich intelligent, zwei Drittel waren schwer unterdurchschnittlich intelligent.

Man beobachtet gelegentlich besondere Fähigkeiten

der Kinder auf einem Spezialgebiet wie z. B. in der Musik, die aber im Gegensatz zu dem ermittelten IQ stehen können.

Die kognitiven Fähigkeiten der Patienten sind besonders schwierig zu beurteilen, da sie ja keinen Kontakt aufnehmen und oft gar nicht oder nur sehr wenig sprechen.

2.2.0 Ätiologie

Wie schon oben erwähnt, war Kanner der Ansicht, daß der frühkindliche Autismus eine Manifestation einer schizophrenen Psychose sei, deren Ätiologie er wie schon Bleuler für ungeklärt ansieht.

Kanner macht auch peristatische Faktoren für die Genese des Autismus verantwortlich und spricht von einer "psychobiologischen Krankheit", wobei er sich an die Auffassung von A. Meyer anlehnt.

Kanner stellte in Familienuntersuchungen fest, daß 80 % der autistischen Kinder aus Akademikerfamilien stammten und ihre Eltern überdurchschnittlich intelligent waren.

Er hielt die Eltern für "erfolgreiche Autisten", da sie seiner Meinung nach Verhaltensstörungen im Sinne von z. B. Kontaktarmut zeigten.

Emotionelle Frustrationen und eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung vergesellschaftet mit erblicher Disposition können nach Kanner und Eisenberger zum frühkindlichen Autismus führen.

Szurek (1956) macht allein eine Störung der Mutter-Kind-Beziehung verantwortlich.

Wing sieht eine Ursache des Autismus in der Störung des Nervensystems der Kinder, während Van Krevelen die Ursache in einer prae- oder perinatalen Schädigung des Gehirns sieht.

Das oben Aufgeführte zeigt deutlich, daß es zwei verschiedene Theorien der Ätiologie gibt:

- 1.) die psychogenetische Theorie
- 2.) die biologische Theorie .

Da keine der Theorien eindeutig bewiesen werden kann, nennt Weber das Krankheitsbild polyätiologisch, Hartmann nennt es ätiologisch unspezifisch. Rutter beschäftigte sich ausführlich mit dem Problem der Ätiologie des frühkindlichen Autismus. 1967 faßte er die Theorien und Vermutungen zur Ätiologie in 6 Punkten zusammen:

1. Genetische Grundlagen
2. Hirnschäden
3. Psychogenetische Verursachung
4. Verhaltensmodifikatorische Aspekte
5. Kognitive Ausfälle
6. Abnorme Wahrnehmung .

2.2.1 Genetische Grundlagen

Kanner macht sowohl mangelnde emotionale Zuwendung als auch eine erbliche Komponente für das Bild des von ihm beschriebenen frühkindlichen Autismus verantwortlich. Er hält das Zusammenwirken einer angeborenen Störung des affektiven Kontaktes mit Einflüssen der Peristase für ausschlaggebend.

Asperger (1944) hält die von ihm untersuchten Kinder - es waren meist Jungen - für autistische Psychopathen. Er fand bei ihnen eine Extremvariante des "Männlichen Charakters und der männlichen Intelligenz". Ihm fiel auf, daß die intellektuellen Väter der Jungen oft schizoide oder autistisch-psychopathische Persönlichkeitsstrukturen aufwiesen.

Er hielt eine Erbllichkeit für möglich.

Rimland berichtet 1964 von der Zwillingsforschung bei Autisten. Er stellt dar, daß alle in der Literatur beschriebenen betroffenen identischen Zwillinge beide frühkindliche Autisten waren.

Van Krevelen (1962) führt den frühkindlichen Autismus auf die Kombination einer erblichen Veranlagung mit einer somatischen Schädigung zurück.

Er nennt das Zustandsbild "Autismus Infantum".

1962 untersuchte Bosch die Sprache autistischer Kinder. Er sieht als Ätiologie einen angeborenen oder erworbenen pragmatischen Schwächezustand, der dem Schwachsinn nahekommt.

Nach Studien von Book, Nichtern und Gruenberg kommt Rutter 1967 zu dem Schluß, daß man zu diesem Zeitpunkt keinen Anhalt für Chromosomenaberrationen, die für das Bild des frühkindlichen Autismus verantwortlich sein könnten, habe. Auch in der neueren Literatur finden sich keine Hinweise auf eine chromosomenbedingte Genese der Erkrankung.

2.2.2 Hirnschäden

Es gibt viele verschiedene Studien über neurochemische Parameter bei Autisten sowie über

verschiedene Stoffwechselerkrankungen.

Sie alle erbrachten sowohl positive als auch negative Ergebnisse.

Rutter schreibt 1973 dazu, daß er die Frage nach einer biologischen Basis des frühkindlichen Autismus für eine Spekulation hält.

Auffällig ist die große Zahl von EEG-Abweichungen bei Autisten.

Small beschreibt 1971 "niedrige Amplituden mit weniger deutlichen triphasischen Wellenformen" bei der Prüfung auf visuelle Reize.

Wilhelm findet 1977 in ihrer Arbeit deutliche Zeichen, die für das Vorliegen einer hirnräumlichen Schädigung sprechen. Sie findet statomotorische Entwicklungsstörungen und EEG-Veränderungen.

Außerdem stellt sie fest, daß bei Autisten gehäuft prae- und perinatale Komplikationen vorkamen.

2.2.3 Psychogenetische Verursachung

Kahler und Furrer sehen 1972 eine Ursache für den frühkindlichen Autismus in einer gestörten Beziehung der Mutter zum Kind.

Sie bezeichnen die erste Säuglingszeit, in der die Mutter überwiegend pflegerische Tätigkeiten hat, als autistische Phase, die mit der ersten Kontaktaufnahme zur Mutter durch die "symbiontische Phase" abgelöst wird.

Beim autistischen Kind gelingt nach Kahler und Furrer diese Ablösung aufgrund einer ablehnenden Haltung der Mutter nicht.

Andererseits ist es aber so, daß man bei Heimkindern, die ganz ohne Mutter aufgewachsen sind, selten oder nie frühkindliche Autisten findet.

Außerdem sprechen Untersuchungen von de Myer et al. 1972, in denen sich zeigte, daß sich die Fürsorglichkeit und Zuwendung, die die Eltern einem autistischen Kind geben, sich nicht unterscheidet von der Zuwendung für ihre gesunden Kinder, gegen die Theorie von Kahler und Furrer.

1973 stellte J.K. Wing fest, daß Eltern, die ein autistisches Kind haben, auch meistens ein oder mehrere normale Kinder haben.

E.A. und N. Tinbergen stellten 1972 die Hypothese auf, autistische Kinder befänden sich "in einem Primärkonflikt zwischen einerseits abnorm starker Scheuheit oder Angst und andererseits einem starken aber durch die Scheuheit gehemmten sozialen Drang, der übermäßige Allgemeinerregungen, Stereotypien, Sprachhemmungen und anderes als bleibende sekundäre Folge nachsichzieht".

Auch diese These dürfte schwer beweisbar sein.

2.2.4 Verhaltensmodifikatorische Aspekte

Diese Theorie besagt, daß ein autistisches Kind auf die Stimuli der Umwelt andere Reaktionen und Verhaltensweisen zeigt als ein anderes Kind. Das autistische Kind ist durch die Stimuli der Umwelt überfordert; auf diese Frustration hin reagiert es verwirrt mit stereotypen, zwanghaften Abwehrmechanismen.

Kehrer sagt 1973 dazu: "Das autistische Kind schafft sich - wohl als Lernvorgang unter den Bedingungen der Koditionierung - eigene Regeln und Verknüpfungen, an denen es starr festhält. Es kommt z. B. zum Ordnungszwang auf ganz bestimmten Gebieten, zu starrem Festhalten an zeitlichen Reihenfolgen und zur sogenannten Veränderungsangst."

2.2.5 Kognitive Ausfälle

Die verzögerte Sprachentwicklung betrifft fast alle autistischen Kinder.

Rutter leitet 1973 aus der Sprachretardierung einen Mangel an Sinnverständnis ab, der wie er meint, eine soziale Abkapselung und stereotype Zwangsphänomene hervorrufen kann.

2.2.6 Abnorme Wahrnehmung

1965 beschreibt Prick, daß bei autistischen Kindern die Nahsinne stärker ausgeprägt zu sein scheinen als die Fernsinne. Die Wahrnehmung des autistischen Kindes setzt sich hauptsächlich aus tasten, fühlen, riechen und schmecken zusammen, während optische und akustische Wahrnehmung wesentlich weniger entwickelt zu sein scheinen. Prick sieht darin einen Grund für das autistische Verhalten.

2.3.0 Differentialdiagnostische Überlegungen

Da das Bild des frühkindlichen Autismus sehr unterschiedliche Symptome aufweisen kann, die alle auch im Rahmen anderer Erkrankungen auftreten, und die Übergänge wie so oft auch hier fließend sind, stößt man bei der Diagnostik auf Schwierigkeiten.

So gibt es denn neben dem frühkindlichen Autismus nach Kanner noch drei andere Formen von Autismus bei Kindern.

1.) Autistische Psychopathie nach Asperger.

Ebenfalls 1943 machte Asperger eine Studie an Kindern, die er als autistisch bezeichnete.

Er nannte das Krankheitsbild auch eine "Extremvariante des männlichen Charakters", da Jungen weit häufiger betroffen waren als Mädchen und eine wohl erbliche Wesens- und Charakteranomalie das Bild prägten.

Im Vordergrund steht die emotionale Hemmung mit Abkapselung und Selbstisolierung. Nissen sagt: "Die Kinder wirken ernst, vergrübelt, egoistisch, extrem introvertiert und vorzeitig gereift."

Die Sprache ist gut entwickelt, die Kinder neigen jedoch zu Monologen ungeachtet der Tatsache, ob sie allein sind oder Zuhörer haben.

Die Motorik ist stark retardiert, die Kinder sind sehr ungeschickt.

Die Intelligenz ist durchschnittlich bis überdurchschnittlich hoch.

Es fallen oft Sonderinteressen auf.

Die Mitmenschen werden zwar wahrgenommen, jedoch als störend empfunden.

2.) Somatogener Autismus.

Im Vordergrund steht ein passives Verharren in einer Kontaktschwäche, die durch die Isolierung von der Umwelt weiter verstärkt wird.

Van Krevelen vertritt die Meinung, daß es sich um einen "affektiven Defekt bei Oligophrenie" handelt. Er macht eine somatische Schädigung zusammen mit einem autistischen Erbfaktor für das Bild verantwortlich, das er "Autismus Infantum" nennt und in das er sowohl die Beobachtungen von Kanner als auch die von Asperger miteinbezieht.

Es treten bei dieser Form auch neurologische Ausfälle auf.

Von diesen zwei Formen des Autismus muß der frühkindliche Autismus nach Kanner abgegrenzt werden.

Ferner muß eine Abgrenzung zum Pseudoautismus erfolgen, der bei Kindern mit umschriebenen Sinnesdefekten oder cerebralen Ausfällen wie Taubheit, Schwerhörigkeit, Hörstummheit oder generellen cerebralen Schädigungsformen wie Schwachsinn oder Demenz vorkommt.

Bei diesen Kindern sind die Voraussetzungen für eine Kommunikation nicht gegeben, sie nehmen also keinen Kontakt auf und scheinen autistisch zu sein.

Da man bei frühkindlichen Autisten häufig auch den Eindruck einer Taubheit oder Hörstummheit hat, ist gerade hier eine gründliche differentialdiagnostische Abklärung besonders wichtig. Einem schwerhörigen Kind kann mit der Verordnung eines Hörgerätes geholfen werden, so daß eine deutliche Kontaktbesserung erzielt wird.

3.0.0 Erläuterungen zum Begriff Negativismus

In der neueren Literatur finden sich kaum Angaben zum Begriff Negativismus.

Peters schreibt 1977 dazu: "Negativismus: Psychisches Krankheitssymptom, bei dem sich der Kranke ohne ersichtlichen Grund weigert, auf einen Außenreiz aktiv oder passiv in adäquater Weise zu antworten. Oftmals tut er das Gegenteil von dem, was er soll. Wird er aufgefordert, die Augen zu öffnen, schließt er sie besonders fest...."

Die Definition des Negativismus geht zurück auf Kahlbaum, Bleuler und Jaspers. Der Begriff Negativismus wurde erstmals verwendet von Karl-Ludwig Kahlbaum. Kahlbaum hat die hebephrenen und katatonen Formen der Schizophrenie in monografischen Darstellungen bearbeitet und mit Kasuistiken belegt.

Bleuler griff den Ausdruck Negativismus als Symptom der Schizophrenie auf.

Er beschreibt das Bild mit folgenden Worten:

"Die Kranken gehen spontan nicht auf den Abort; führt man sie hin, so halten sie die Exkremente zurück, um dann gleich nachher das Bett oder die Kleider zu beschmutzen.

Sie essen die Suppe mit der Gabel oder dem Dessertlöffel, die Nachspeise mit dem Suppenlöffel.

Viele wehren sich aus Leibeskräften gegen alle Einflüsse, oft mit aufgeregtem Schimpfen und Dreinschlagen; so wird der Negativismus zu einer Quelle der Wutanfälle.

Er kann sich zur wahren Schikanose entwickeln, zu einem aktiven Triebe, die Umgebung beständig in raffinierter Weise zu ärgern....."

Jaspers schrieb dazu: "Negativismus: Die Kranken widerstreben gegen alles oder tun direkt das Gegen-

teil; sie gehen zum Abort, verrichten ihre Bedürfnisse aber nebenan; sie sollen essen und tun es gerade nicht, nehmen aber gern anderen Kranken ihr Essen weg; in klassischen Fällen geht ein Kranker aufgefordert vorwärts zu gehen rückwärts; eine Kranke, die bei strömendem Regen in den Garten trat, sagte: Die Sonne sticht und strahlt...."

Bleuler nennt vier Formen des Negativismus.

Beim passiven Negativismus will der Kranke gerade das nicht tun, was von ihm verlangt oder erwartet wird. Er verhält sich auf eine Aufforderung hin passiv.

Der aktive Negativismus ist dadurch gekennzeichnet, daß der Kranke das Gegenteil von dem tut, das ihm aufgetragen wurde. In krassen Fällen kann er dirigiert werden, indem man das Gegenteil der gewünschten Handlung von ihm verlangt (Befehlsnegativismus).

Handelt es sich um inneren Negativismus, so sind die Kranken negativistisch gegen ihre eigenen inneren Antriebe. Bleuler schrieb: "Sobald sie eine Handlung ausführen wollen, kommt eine Sperrung oder ein Gegenantrieb oder ein "anderer", ein "Querantrieb", so daß sie oft gar nicht zu den einfachsten Handlungen wie zum Essen kommen. Der Löffel bleibt auf halbem Wege stehen und muß schließlich wieder hingelegt werden."

Beim intellektuellen Negativismus muß der Kranke zu jedem Gedanken auch das Gegenteil denken.

In extremen Fällen kann es sogar geschehen, daß der Kranke in seiner Umgebung eine Handlung beobachtet und beginnt, genau das Gegenteil zu tun.

Der Begriff Negativismus muß gegen den Begriff des Trotzes, nach Bleuler einer Form negativer Suggesti-

stibilität, die sich bei Kindern in einem gewissen Entwicklungsstadium zeigt, aber auch gelegentlich bei Erwachsenen in Erscheinung tritt, abgegrenzt werden.

Unter der negativen Suggestibilität verstehen wir den Trieb, den Anregungen aus der Umwelt nicht zu folgen oder gar das Gegenteil zu tun. Diese Form des Verhaltens findet sich regelmäßig bei Kindern im Alter von 2 bis 4 Jahren in der analen Phase, in der das Kind Erfahrungen sammelt, wie weit ein autonomes Verhalten seinerseits möglich ist. Der Trotz des Kindes in der analen Phase ist sowohl eine Form der eigenen Willensdurchsetzung als auch eine Form der Kontaktaufnahme, da das Kind mit seinem Verhalten die Umwelt auf seinen eigenen Willen aufmerksam macht und die erfolgenden Reaktionen testet. Durchläuft ein Kind eine Trotzphase, so handelt es sich dabei um eine völlig regelrechte Entwicklung.

Beim Negativismus hingegen handelt es sich um eine pathologische Verhaltensweise.

Die Mutmaßung des Negativismus bei autistischen Kindern besteht schon lange.

J.K. Wing schreibt: " Wenn erwartet wurde, daß sie sich setzten, standen sie ständig auf und liefen herum. " Sowohl die Art autistischer Kinder, nicht oder nur in negativer Weise am Leben teilzunehmen als auch ihre Bevorzugung des Wortes "nein", das sie zuerst und viele Jahre vor dem Wort "ja" erlernen, werden schon immer als Negativismus ausgelegt.

O'Gormann spricht von pseudoschizophrenem Negativismus einiger autistischer Kinder.

Er beschreibt einen autistischen Jungen namens John, dessen hervorstechendstes Merkmal ein schwerer Negativismus war. "John verhielt sich in jeder Hinsicht völlig ablehnend, unkooperativ und aggressiv, wobei sich die Aggressivität teilweise in Form von Kopfschlagen oder -stoßen gegen sich selbst richtete,... Er war so negativistisch, daß seine Reaktionen meist in Form einer Verweigerung oder sichtlichen Zornes erfolgten..... Er geriet in Wutausbrüche und wollte nicht essen, dabei verschüttete er sein Essen meist über andere Kinder und auf den Boden."

Wie die obige Beschreibung zeigt, sind Negativismus und Aggression eng verzahnt.

In dieser Arbeit soll anhand von Tests und Fragebögen festgestellt werden, ob sich die Vermutung, daß autistische Kinder negativistisch sind, objektivieren läßt.

Bei ihrer Untersuchung autistischer Kinder auf Negativismus hin geht die Verfasserin von folgender Definition aus:

Das negativistische Kind will gerade das nicht tun, was von ihm verlangt oder erwartet wird. Es reagiert auf eine Aufforderung nicht, indem es ihr nachkommt, sondern indem es sich ohne ersichtlichen Grund völlig passiv verhält oder eine gegenteilige Handlung ausführt.

Sogar eine Handlung, die das Kind in seiner Umgebung beobachtet, kann es damit beantworten, daß es beginnt, das Gegenteil auszuführen.

Der Negativismus äußert sich in dem aktiven Triebe, Aufforderungen nicht zu erfüllen.

4.0.0 Methodik

4.1.0 Die Auswahl der Probanden

Um das Krankheitsbild des frühkindlichen Autismus genau abzustecken und um zu verhindern, daß Kinder, die einzelne autistische Symptome tragen, als Autisten gelten, bemühten sich schon vor Jahren Experten wie Creak oder Wing und Rutter um genaue Beschreibungen des gesamten Krankheitsbildes und um die Erarbeitung von Symptomenlisten.

Die Erstellung der Diagnose "frühkindlicher Autismus" beruht bei den 25 Probanden dieser Untersuchung auf der von Prof. Dr. H.E. Kehler 1973 ausgearbeiteten Symptomenliste, die die Basis für einen Fragebogen darstellt, der von den Eltern der entsprechenden Kinder beantwortet wurde.

Alle Probanden sind in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Münster vorgestellt und untersucht worden. Sieben der getesteten Kinder wurden stationär behandelt und während dieser Zeit auf Negativismus getestet. Die anderen 18 Kinder wurden nach der ambulanten Vorstellung getestet.

Wie oben angegeben, beantworteten die Eltern der Kinder den Autismusfragebogen. Bei der Auswertung dieses Fragebogens werden die gegebenen Antworten verschieden gewichtet, so daß für eine Antwort ein, zwei oder drei Punkte vergeben werden können.

Die meisten Punkte erhielten die Angaben von dem Belecken, Betasten, Beriechen von Gegenständen, Stereotypien, Sprachstörungen und fehlender Blickkontakt.

Das Kind mußte eine Mindestpunktzahl für die Diagnose "Autismus" haben.

Alle 25 Probanden hatten mehr als die erforderliche Mindestpunktzahl, so daß die Diagnose "frühkindlicher Autismus" bei ihnen gesichert ist.

Sowohl Symptomenliste als auch Autismusfragebogen sind im Anhang einzusehen.

Die Probandengruppe setzt sich aus 10 Mädchen und 15 Jungen zusammen.

In der Literatur weichen die Angaben über die Geschlechtsverteilung bei autistischen Kindern leicht voneinander ab.

Rimland gab 1964 eine Geschlechtsverteilung von 3:1 zugunsten der Jungen an, während nach Highton 1963 bei einem Geschlechtsverhältnis von 1,7:1 die Jungen nur wenig überwiegen.

In der hier vorliegenden Untersuchung liegt ein Verhältnis von 2:1 zugunsten der Jungen vor.

Die Altersverteilung der Kinder ist dem Diagramm 1 zu entnehmen.

Das Durchschnittsalter beträgt bei den Mädchen 7,9 Jahre, bei den Jungen 6,95 Jahre.

Bei der ersten Vergleichsgruppe handelt es sich um gleichalterige und gleichgeschlechtliche retardierte Vergleichspartner zu den autistischen Kindern.

Alle Kinder dieser Gruppe besuchen eine Tagesbildungsstätte der Lebenshilfe e.V. . Es handelte sich dabei ausschließlich um hirnnorganisch geschädigte Kinder, die auch teilweise mehrfachbehindert sind.

Keines der Kinder zeigte autistische Symptome.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung entspricht derjenigen der getesteten Autisten.

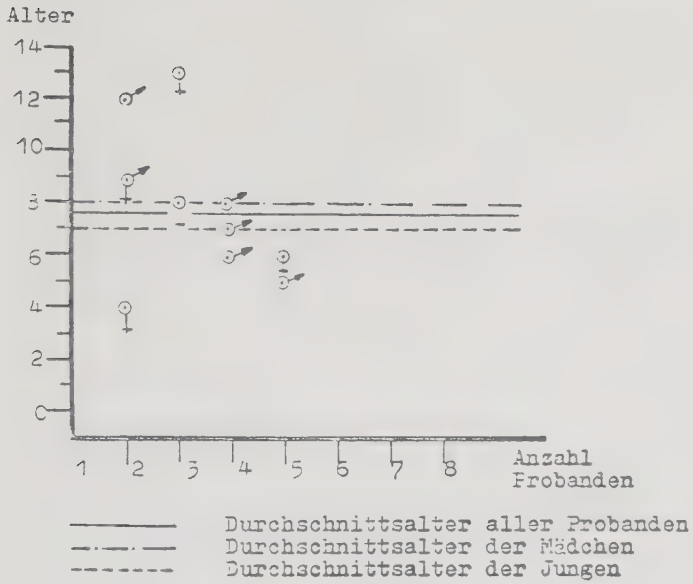


Bild 1 Zusammensetzung der Probanden nach Alter und Geschlecht

Bei der zweiten Vergleichsgruppe handelt es sich um 25 normale Kinder, wobei wieder jedes Kind einem gleichgeschlechtlichen und gleichalterigen autistischen Vergleichspartner zugeordnet wurde. Die beiden 13-jährigen Mädchen besuchen ein Gymnasium, der 12-jährige Junge die Realschule, 3 der 5-jährigen Jungen besuchen einen Kindergarten, ebenso das 4-jährige Mädchen. Alle anderen Probanden besuchen die Grundschule. Auch hier zeigte keines der Kinder autistische Merkmale.

4.2.0 Das Testverfahren

Der Test, mit dem die Kinder auf Negativismus geprüft wurden, besteht aus 18 Punkten.

Der erste Punkt ist die Begrüßung.

Die Testerin sagt "Guten Tag" und bietet dem Probanden die Hand zum Gruß.

Punkt 2 beinhaltet die Aufforderung "Setz dich hin!"

Die Testerin weist mit einer Hand auf den für das Kind bereitgestellten Stuhl am Tisch.

Der Punkt 3 besteht darin, daß die Testerin auffordert: "Sieh her!" und dann wortlos einen Bauklotzturm aus genau 10 Steinen baut.

Die Aufforderung: "Bau du auch!" bildet den Punkt 4, "Steh auf!" den Punkt 5.

Bei Punkt 6 fordert die Testerin: "Geh zum Fenster!" und weist mit der Hand in die gewünschte Richtung.

Punkt 7 fordert: "Setz dich dort auf den Stuhl!" und Punkt 8 "Komm zurück!"

Der Punkt 9 lautet: "Setz dich wieder hierher!"

Alle Forderungen wurden mit Gestik unterstrichen.

Daraufhin reicht die Testerin dem Kind eine Halskette und fordert in Punkt 10: "Leg dir die Kette um den Hals!"

Punkt 11 beinhaltet die Aufforderung: "Geh zum Spiegel!"

Punkt 12 lautet: "Sieh dich an!", Punkt 13: "Komm zurück!"

In Punkt 14 heißt es: "Setz dich!" und in Punkt 15: "Gib mir die Kette zurück!"

Der Punkt 16 besteht aus dem Verbot "Spiel jetzt nicht!"

In Punkt 17 fordert die Testerin: "Sieh mich an!" und in Punkt 18 "Komm mit aus dem Zimmer!"

Alle Punkte werden mit Gestik begleitet.

Nach jeder Aufforderung wurde eine Pause von zehn Sekunden gemacht. Reagierte das Kind nicht, so wurde die Aufforderung noch einmal wiederholt.

Kam es wieder nicht zur Reaktion, so wurde nach weiteren zehn Sekunden die nächste Aufforderung ausgesprochen.

Alle Kinder wurden in einem ruhigen Raum getestet, der möglichst reizarm war, um jegliche Ablenkung vom Test zu verhindern.

Bei den Autisten wurde ein Untersuchungszimmer mit Einwegspiegel benutzt.

Im Zimmer befand sich zuerst die Testerin, das Kind wurde von außen in das Zimmer gebracht und fand dort die Testerin vor.

Hinter der Einwegscheibe befand sich ein Beobachter, der die Reaktionen auf die einzelnen Testpunkte protokollierte.

Die behinderten Kinder wurden in der Tagesbildungsstätte getestet.

Da sich im Haus kein Untersuchungszimmer mit Einwegspiegel befand, mußte der Beobachter in der Ecke des Testraumes sitzen und die Protokolle anfertigen.

Ansonsten war der Modus unverändert. Da der Beobachter in einem versteckten Winkel des Raumes saß, wurde er von keinem Probanden bemerkt, so daß die Tests als bedingungsgleich anzusehen sind.

Die normalen Kinder wurden größtenteils in einer Wohnung getestet. Auch diese Tests können als bedingungsgleich angesehen werden, da der gleiche Modus verwendet wurde und der Beobachter von keinem Probanden beachtet wurde.

Die Eltern bzw. Betreuer aller Kinder wurden nach dem Sprachverständnis des jeweiligen Probanden befragt, wobei das Vokabular, das die Testerin während des Tests verwendete, als Maßstab genommen wurde. Die Verfasserin besprach den Test mit den Eltern bzw. den Betreuern und fragte, ob das Kind die Aufforderungen verstehen würde.

Alle Befragten waren der Meinung, der jeweilige Proband verstehe die Testaufgaben, lediglich eine Mutter äußerte, ihr autistischer Sohn verstehe die Worte "Spiegel" und "Kette" nicht. Im Test befolgte das Kind jedoch die entsprechenden Anweisungen genau.

Da der Test bis auf den Punkt 1 für die Probanden a verbal ist, brauchte man auf die Feststellung der Sprachfähigkeit keinen besonders großen Wert zu legen. Es wurde jedoch danach gefragt, ob das Kind in der Lage sei, "Guten Tag" zu sagen. Darauf antworteten

bei den Autisten 18 Befragte mit Ja und 7 mit Nein, bei den Behinderten und den Gesunden alle mit Ja. Die Eltern bzw. Betreuer wurden befragt, ob das Kind ihrer Meinung nach in der Lage sei, die Testanforderung zu erfüllen.

Alle Befragten gaben an, das Kind sei durchaus fähig, den Aufforderungen nachzukommen.

Bei den autistischen Kindern wurde 6 Mal eingewendet, man wisse allerdings nicht, ob das Kind den Aufforderungen nachkommen wolle.

Bei den behinderten Kindern wurde diese Einschränkung 3 Mal gemacht, bei den gesunden Kindern 1 Mal.

Lediglich bei den Autisten kam es während des Tests zu unvorhergesehenen Zwischenfällen.

2 Autisten verließen den Testraum plötzlich und mußten zurückgeholt werden.

3 Autisten kamen keiner einzigen Aufforderung nach, wobei jedoch Punkt 1 insofern halb erfüllt wurde, als die Kinder der Testerin die Hand gaben.

Ein Autist weigerte sich von vornherein, den Testraum zu betreten; als der Test dann im Vorzimmer durchgeführt werden sollte, kam das Kind keiner einzigen Aufforderung nach.

2 Autisten griffen während des Tests die Testerin tödlich an, indem sie sie schlugen.

Die 18 Testpunkte sind so angelegt, daß sowohl aktiver als auch passiver Negativismus damit erfaßt werden können.

Der Punkt 3 prüft besonders, ob das Kind auf eine beobachtete Handlung eine gegenteilige Handlung ausführt, was in diesem Falle heißt, daß es den Bauklotzturm zerstört.

4.3.0 Die Elternbefragung

Die Eltern aller Probanden wurden anhand eines Fragebogens befragt, der 10 Verhaltensweisen der Kinder ansprach.

Alle Fragen bezogen sich sowohl auf die Gegenwart als auch auf die Vergangenheit, da es vorkommen kann, daß eine dieser Verhaltensweisen bereits durch eine entsprechende Therapie abgebaut worden ist.

Da alle Eltern bzw. Betreuer von der Verfasserin nach gleichem Modus befragt wurden, liegt Bedingungsgleichheit vor.

Folgende Fragen wurden gestellt:

Kommt oder kam es vor,

1. daß das Kind genau das Gegenteil von dem tut (tat), wozu es aufgefordert wurde ?
2. daß das Kind auf die Toilette gebracht wird (wurde), dort jedoch nicht macht (e), kurze Zeit später jedoch einnäßt (e) oder einkotet (e) ?
3. daß das Kind, wenn es eine Handlung beobachtet (e), beginnt (begann), genau die gegenteilige Handlung auszuführen ?
4. daß das Kind auf eine freundlichen Aufforderung mit Wutanfällen, Schimpfen oder körperlichem Angriff reagiert (e) ?
5. daß das Kind beim Füttern die Lippen zupreßt (e) ?
6. daß das Kind seine Lieblingsspeise verweigert (e) ?
7. daß das Kind Besucher nicht begrüßt (e), sondern sich abwendet (e) ?
8. daß das Kind gerade das tut (tat), was ihm verboten wurde ?
9. daß das Kind beim Füttern auf die Aufforderung zu schlucken, die Speise wieder ausspuckt (e) ?

10. Wäre es möglich (gewesen), das Kind zu dirigieren, indem man das Gegenteil von dem verlangt (e), was man erwartet (e) ?

Wenn nötig wurden die Fragen mit Beispielen erläutert.

5.0.0 Die Ergebnisse

5.1.0 Testzwischenfälle

1. Probanden verlassen plötzlich den Testraum und müssen zurückgeholt werden:

Autisten:	2
Behinderte:	0
Normale:	0

2. Probanden kommen keiner einzigen Aufforderung nach:

Autisten:	3
Behinderte:	0
Normale:	0

3. Probanden greifen die Testerin tätlich an:

Autisten:	2
Behinderte:	0
Normale:	0

4. Probanden weigern sich, den Testraum zu betreten:

Autisten:	1
Behinderte:	0
Normale:	0

Von den oben aufgeführten Zwischenfällen geht direkt nur der 2. in das Testergebnis ein. In jedem Falle versuchen die Kinder, sich der Testsituation zu entziehen und den Aufforderungen nicht nachzukommen.

Wie oben ersichtlich, kam es nur bei den Autisten zu solchen Zwischenfällen, deren negativistischen Charakter man nicht übersehen kann.

Abgesehen von diesen Komplikationen gab es keine weiteren Zwischenfälle während des Testes.

5.2.0 Häufigkeit negativistischer Verhaltensweisen

Die angefertigten Testprotokolle und die Fragebögen wurden nun nach verschiedenen Schemata ausgewertet. Zuerst wurde ausgezählt, wie oft jede der 18 Testaufgaben erfüllt bzw. nicht erfüllt worden war und wie oft jede der 10 Fragen mit "Ja" bzw. "Nein" beantwortet worden war. Dabei wurden die drei Gruppen - Autisten, Behinderte, Normale - voneinander getrennt und in jeder Gruppe der Mittelwert der nicht erfüllten Aufgaben und der mit "Ja" beantworteten Fragen ermittelt.

Die Autisten hatten im Mittel 14,06 der Aufgaben nicht erfüllt, die geistig behinderten Kinder hatten im Mittel 2,37 Aufgaben nicht erfüllt und die gesunden Kinder 0,74 Aufgaben nicht erfüllt.

Mit "Ja" wurden beantwortet bei den Autisten 125 Fragen des Fragebogens, bei den geistig behinderten Kindern 31 Fragen, bei den normalen Kindern 12 Fragen des Fragebogens.

Die Auszählergebnisse wurden in den Abbildungen 2 und 3 grafisch dargestellt.

Als nächstes wurde für jeden Probanden ein Profil ermittelt, in das die jeweilige Anzahl der mit "Ja" beantworteten Fragen und die jeweilige Anzahl der nicht erfüllten Testaufgaben eingingen.

Die Ergebnisse wurden in Form von Blockdiagrammen grafisch festgehalten.

Je höher der Block eines Probanden ist, desto mehr Punkte für Negativismus hat er im Test und / oder im Fragebogen erreicht.

Aus den Abbildungen 4, 5 und 6 ist deutlich zu ersehen, daß die Blöcke der autistischen Kinder wesentlich höher sind als die der ihnen zugeordneten Vergleichspartner.

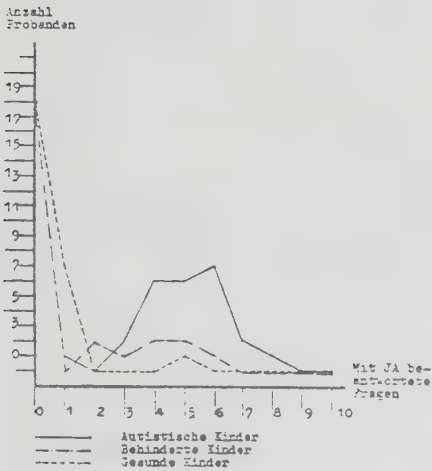


Bild 2 Anzahl Probanden, für die die Negativitätsfrage mit JA beantwortet wurde

Anzahl der Probanden, die die jeweilige Aufgabe erfüllten nicht erfüllten

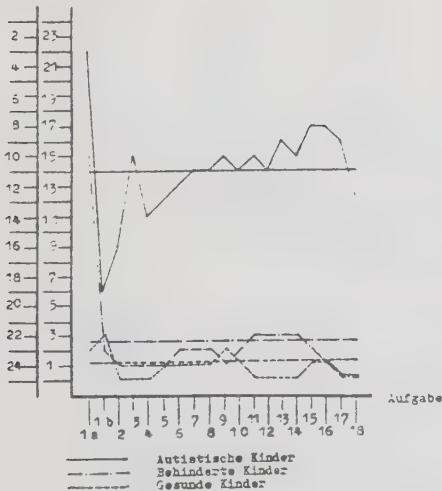


Bild 3 Summe der Häufigkeit der erfüllten bzw. nicht erfüllten Aufgaben

Summe der
negativ-
auspunkte

38

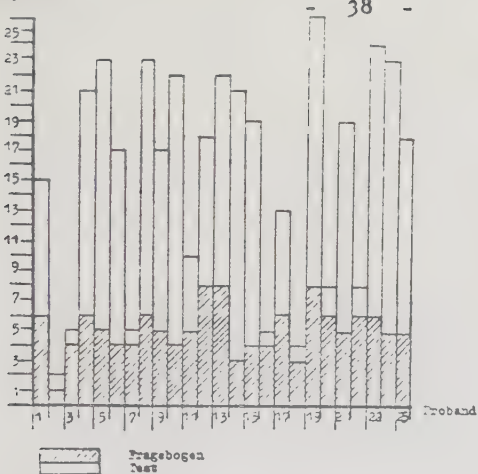


Bild 4 * Summe der Negativauspunkte der einzelnen autistischen Probanden

Summe der
Negativ-
auspunkte

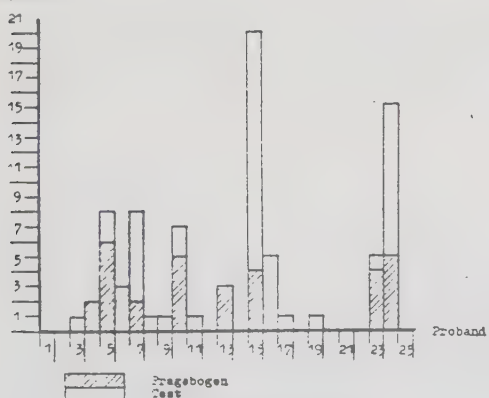


Bild 5 Summe der Negativauspunkte der einzelnen behinderten Probanden

Summe der
Negativ-
auspunkte



Ebenfalls nach den drei Gruppen geordnet wurde nun ermittelt, wieviele Probanden 1 Aufgabe nicht erfüllt hatten, wieviele 2 Aufgaben nicht erfüllt hatten usw. . Desgleichen wurde ausgezählt, bei wievielen Probanden 1 Frage mit "Ja" beantwortet worden war, bei wievielen Probanden 2 Fragen mit "Ja" beantwortet worden waren usw. . Die Ergebnisse der Auszählungen wurden in den Abbildungen 7 und 8 grafisch dargestellt.

Zuletzt wurden nach einem bestimmten Schlüssel Punkte an die Probanden verteilt, die für Negativismus sprachen. Es galt eine nicht erfüllte Testaufgabe als ein Punkt, ebenso eine mit "Ja" beantwortete Frage im Fragebogen.

Ein Proband konnte also maximal 10 Punkte für den Fragebogen bekommen und 19 Punkte für den Test, wobei der Punkt 1 des Tests in die Unterpunkte a und b ("Guten Tag" sagen und die Hand geben) unterteilt wurde.

Ein Proband konnte also höchstens 29 Punkte für Negativismus erreichen.

Anschließend wurden dann die Punkte der einzelnen Probanden nach Gruppen getrennt addiert.

Die 25 autistischen Probanden erhielten zusammen 398 Punkte für Negativismus, die 25 geistig behinderten Kinder erhielten 76 Punkte für Negativismus und die 25 normalen Kinder erhielten zusammen 27 Punkte für Negativismus.

In der grafischen Darstellung sieht man dann, wieviele Probanden einen Punkt für Negativismus bekamen, wieviele 2 Punkte erhielten usw. . Abbildung 9 zeigt die drei Kurven für die drei Probandengruppen.

Alle Auszählungen und die dazugehörigen Darstellungen lassen erkennen, daß Kinder mit frühkindlichem Autismus deutlich negativistisch sind.

Anzahl
Probanden

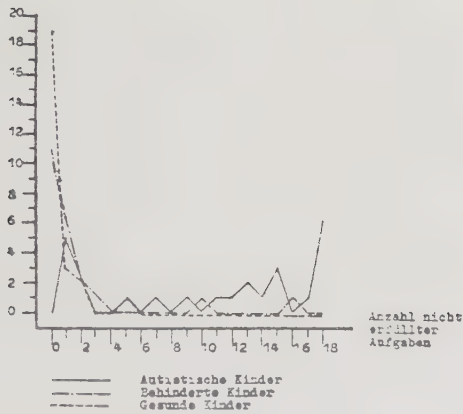
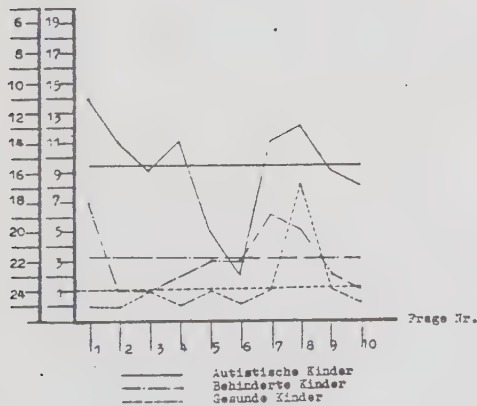


Bild 7 Anzahl Aufgaben, die von den jeweiligen Probanden nicht erfüllt wurden

Antworten
nein ja



Gerade Linien sind Mittelwerte

Bild 8 Häufigkeit der Antworten auf die einzelnen Fragen

Anzahl
Probanden

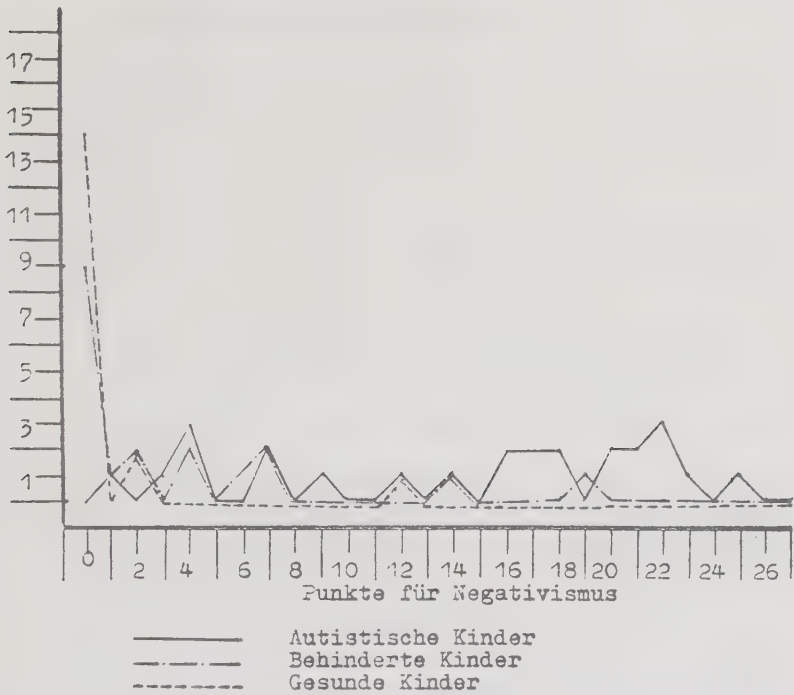


Bild 9 Verteilung der Punkte für Negativismus auf die einzelnen Probanden

6.0.0 Literaturvergleich und Diskussion

Die oben angeführten Ergebnisse stimmen überein mit den Ergebnissen, die Bruce R. Wallace 1974 in seiner Arbeit "Negativism in Verbal and Nonverbal Responses of Autistic Children" darlegt.

Wallace testete 9 autistische, 9 verhaltensgestörte und 9 normale Kinder im Alter von 5,6 bis 12,4 Jahren. Der Test bestand aus 3 Abschnitten:

1. verbale Aufforderung zu einer verbalen Antwort
2. verbale Aufforderung zu einer nicht verbalen Antwort
3. nicht verbale Aufforderung zu einer nicht verbalen Antwort.

In allen drei Abschnitten erhielten die Autisten mehr Negativismuspunkte als die Kinder der Vergleichsgruppen, wobei die Autisten besonders im 1. Abschnitt hochgradig negativistisch reagierten.

Wallace definiert Negativismus im folgenden Sinne: Die Kinder beantworten eine Frage beim ersten Mal richtig, beim zweiten Mal jedoch falsch oder gar nicht; oder aber die Kinder beginnen mit der richtigen Antwort, hören jedoch kurz vor ihrer Vollendung auf.

In jedem Fall sind die Kinder der Aufforderung beim ersten Mal nachgekommen.

Um eine Beeinflussung der Ergebnisse durch Wiederholung der Tests auszuschließen, wurden in der hier vorliegenden Arbeit Testaufgaben nach Erfüllung nicht mehr wiederholt. Aufgaben, die nicht erfüllt worden waren, wurden lediglich ein zweites Mal gestellt.

Die Negativismusdefinition von Wallace bezieht sich streng auf den von ihm ausgeführten Test; es wird also ein testspezifischer Negativismus geprüft.

In meiner Arbeit hingegen wird geprüft, ob die autistischen Kinder im allgemeinen Sinne, wie in der Definition unter Punkt 3.0.0 angegeben, reagieren.

Unterstützt wird diese Prüfung auf Negativismus noch von der Beantwortung des Fragebogens durch die Eltern oder Erzieher der getesteten Kinder. Der Fragebogen gibt ein Bild von den Probanden in völlig alltäglichen Situationen.

Trotz der unterschiedlichen Definitionen von Negativismus sind die beiden Arbeiten vergleichbar, weil in beiden Fällen die negierende Haltung der Kinder geprüft wird.

Beide Arbeiten kommen zu dem Endergebnis, daß man bei Kindern mit frühkindlichem Autismus Negativismus findet.

Die Gründe für dieses negativistische Verhalten sind sicher vielschichtig.

Einerseits ist das autistische Kind aufgrund seiner Wahrnehmungsstörung von der auffordernden Umwelt überfordert und reagiert aufgrund dessen inadäquat, negativistisch.

Zum anderen ist das autistische Kind so sehr auf sich selbst bezogen und lebt teilweise wie eingemauert ausschließlich in seiner eigenen Welt, daß man wohl davon ausgehen kann, daß es gar keine Resonanz der Umwelt auf sein Verhalten erwartet. Hier wird der Unterschied zum Trotz des normalen Kindes deutlich.

Ein weiterer Aspekt für die Genese des Negativismus beim autistischen Kind ist sicher auch das häufig

anzutreffende Interesse an negativen, wenig lebensbejahenden Themen überhaupt. So schreibt z. B. H. Kehrer 1977: "Schließlich sind Zerstörung und Tod ein häufiges Thema bei autistischen Kindern." Man darf auch sicher nicht außer acht lassen, daß der Autismus an sich schon eine mangelnde Interaktionsfähigkeit beinhaltet, die zumindest für den passiven Negativismus eine Basis darstellen kann.

7.0.0 Konsequenzen für den Umgang mit den betroffenen Kindern

Negativistische Verhaltensweisen findet man bei den Kindern in allen Lebensbereichen. Sie können den Umgang mit den Kindern erheblich erschweren, oder sogar völlig unmöglich machen.

Das autistische Kind, das an sich schon völlig zurückgezogen lebt, wird durch das negativistische Verhalten noch weiter isoliert, da es auf diese Weise die Umwelt bei jedem Annäherungsversuch frustrieren kann.

Andere Kinder lehnen es ab, mit dem negativistischen Kind zu spielen, das ihre Spiele zerstört und sich scheinbar immer in Oppositionshaltung zu ihnen befindet. Erzieher verlieren die Geduld und auch den Mut, sich weiter mit dem Kind zu beschäftigen, wenn alle Versuche, es zu aktivieren und aus seiner Isolation zu lösen durch den Negativismus fehlschlagen.

Innerhalb einer Familie kann das autistische Kind durch sein negativistisches Verhalten die größten Probleme bereiten und für alle Familienmitglieder zu einer starken Belastung werden.

Es stellt sich nun die Frage, wie man das autistische Verhalten korrigieren kann, um so die ohnehin schwierige Situation für das autistische Kind wenigstens durch Bewältigung dieses Problems zu verbessern.

Die erfolgversprechendste Methode scheint die Verhaltenstherapie zu sein, besonders aus dem Grunde, weil sie bei autistischen Kindern schon mit Erfolg bei anderen Störungen des Verhaltens angewendet worden ist.

So kann man mit der Verhaltenstherapie in den meisten Fällen gute Fortschritte erzielen, wenn es z. B. um die Beherrschung der primitiven Körperfunktionen wie Essen, Trinken und Entleerungsvorgänge geht.

Eine wichtige Voraussetzung für die Verhaltenstherapie ist die große Geduld und Zuwendung der Bezugsperson, meistens der Mutter, die als Kotherapeut eine wichtige Funktion erfüllt. Sie muß bereit sein, das Programm trotz aller eventuell auftretenden Hindernisse und Rückschläge konsequent weiterzuführen.

Natürlich darf man nicht den Fehler machen, zuviel von der Verhaltenstherapie zu erwarten, denn auch sie hat ihre Grenzen.

Manchmal empfiehlt es sich, wenn trotz intensiver Bemühungen keine Fortschritte erzielt werden, den Therapieplan neu durchzusprechen oder einen ganz neuen Plan zu erstellen.

In der Literatur findet man ein Beispiel für Verhaltenstherapie an einem negativistischen autistischen Kind. Es handelt sich um die Arbeit "Treatment of Extreme Negativism and Autistic Behavior in a 6 Year Old Boy" von Richard A. Brown, Zietta S. Pace und Wesley C. Becker. Die Therapie dauerte 40 Sitzungen zu je 20 Minuten; sie gestaltete sich in drei verschiedene Phasen.

In der ersten Sitzung wurde eine Baseline erstellt: Das Kind wurde aufgefordert, die Schulsachen auf einen freien Stuhl zu legen, den Mantel auszuziehen, sich aufrecht auf einen Stuhl zu setzen, zu lesen und bestimmte Fragen zu beantworten.

In dieser Sitzung kam das Kind keiner einzigen Aufforderung nach und verbrachte die meiste Zeit unter dem Tisch liegend.

Die 2. bis 14. Sitzung gestaltete sich so, daß wenn das Kind z. B. der Aufforderung sich zu setzen nicht nachkam, der Therapeut das Kind auf den Stuhl setzte. Reagierte das Kind auf eine Frage nicht mit der ent-

sprechenden Antwort sondern mit negativistischen Äußerungen und Wutanfällen, so wurde die Frage nur wiederholt.

Nach der 14. Sitzung ergab sich folgendes Bild:

1. Der passive Negativismus hatte sich gesteigert
2. Der aktive Negativismus war vermindert
3. Wutausbrüche waren weniger geworden und von der 9. Sitzung an gar nicht mehr vorgekommen.

In der 15. bis 26. Sitzung wurde das Kind bei adäquaten Reaktionen und Antworten mit einem kleinen Geschenk belohnt.

Nach der 26. Sitzung ergab sich folgendes Bild:

1. Der passive Negativismus war wieder reduziert
2. Der aktive Negativismus war weiter vermindert worden
3. Wutanfälle kamen nicht mehr vor.

In der dritten Phase kam zu den kleinen Geschenken noch das verbale Lob dazu.

Nach der 40. Sitzung waren aktiver und passiver Negativismus ganz abgebaut, auch Wutanfälle kamen nicht mehr vor.

Alle Therapieschritte wurden mit den Eltern genauestens besprochen.

Sie bekamen konkrete Anweisungen für ihr Verhalten dem Kind gegenüber, wenn es negativistisch reagierte. Auf diese Weise wurde das Kind von zwei Seiten gleichzeitig therapiert:

1. durch die Sitzungen
2. durch die begleitende Therapie in der Familie.

Man sieht daraus, daß geduldige systematische Übungen sehr wichtig sind, wenn man negativistisches Verhalten korrigieren will.

Therapeuten und Eltern dürfen sich nicht entmutigen lassen.

7.1.0 Diagnostische Konsequenzen

Die Erkenntnis, daß autistische Kinder zu negativistischen Verhaltensweisen neigen, sollte gerade bei der Diagnosestellung sorgfältig genutzt werden.

Das negativistische Verhalten der Kinder ist für die Eltern oft so hervorstechend und besonders belastend, daß dieses Symptom schnell erkannt wird und auch schon beim ersten Gespräch zur Sprache kommen kann.

Der Negativismus könnte als Fragestellung mit in den Fragebogen, der auf der Symptomenliste basiert, aufgenommen werden, da gerade dieses Merkmal recht offensichtlich ist.

So ist mit dem negativistischen Verhalten ein weiteres Symptom des frühkindlichen Autismus gefunden, das zur Früherkennung dieser Erkrankung beitragen kann, da das Symptom, wie aus den Test- und Fragebogenergebnissen hervorgeht, in Relation zu den Vergleichsgruppen bei den autistischen Kindern signifikant häufiger auftritt.

8.0.0 Zusammenfassung

Es wurden 25 Probanden ausgewählt, bei denen mit Hilfe des Autismusfragebogens die Diagnose "frühkindlicher Autismus" gestellt worden war. Als Vergleichsgruppen wurden 25 geistig behinderte und 25 gesunde Kinder getestet. Die Gruppen bestanden aus jeweils 10 Mädchen und 15 Jungen.

Das Alter der Kinder lag zwischen 4 und 13 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug bei den Mädchen 7,9 Jahre und bei den Jungen 6,95 Jahre.

Alle Probanden wurden einem Test unterzogen, der die Kinder in 19 Aufforderungen auf negativistische Reaktionen prüfte.

Dieser Test wurde speziell für diese Arbeit erstellt und in seinen Aufgaben bewußt einfach und gut verständlich gehalten, um das Risiko einer Verfälschung der Ergebnisse durch eine sprachliche oder intellektuelle Überforderung der Probanden möglichst klein zu halten. Außerdem wurden den Eltern oder Erziehern der Kinder ein Fragebogen mit 10 gezielten Fragen nach negativistischen Verhaltensweisen der Kinder im alltäglichen Leben vorgelegt. Auch dieser Fragebogen wurde gezielt für diese Untersuchung erarbeitet.

Die Ergebnisse des Tests und des Fragebogens wurden nun nach verschiedenen Schemata ausgewertet und zwischen den drei Gruppen verglichen.

Es stellte sich heraus, daß die autistischen Kinder deutlich zu negativistischen Reaktionen neigen, während die anderen Kinder kaum negativistisches Verhalten zeigen.

Als therapeutische Konsequenz wurde auf die Verhaltenstherapie hingewiesen.

Diagnostisch trägt das Symptom des Negativismus dazu bei, die Erkrankung "frühkindlicher Autismus" besser zu erkennen.

Literaturverzeichnis

1. Asperger, H. a) Die autistischen Psychopathen im Kindesalter.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 117, 76-136; 1944

b) Autistisches Verhalten im Kindesalter.
Jb. Jugendpsychiat. Bd. II 53-67
Hans Huber Verlag; 1960

c) Zur Differentialdiagnose des kindlichen Autismus.
Acta paedopsychiat. 35, 136-145; 1968

d) Formen des Autismus bei Kindern.
Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen. 71. Jahrg., Heft 14, 1010-1014; 1974
2. Bleuler, E. Handbuch der Psychiatrie,
Hrsg.: Aschaffenburg, Abt. 4 Teil 1:
Dementia paecox, 1911
3. Bosch, G. Der frühkindliche Autismus
Eine klinische und phänomenologisch-anthropologische Untersuchung am Leitfaden der Sprache ; 1962
4. Brown, R.A. Treatment of extreme negativism and
Pace, Z.S. autistic behavior in a 6 year old boy.
Exceptional Children 36 (2) 115-122; 1969
5. Fischer, E. Der frühkindliche Autismus
Jahrbuch der Jugendpsychiatrie Bd. IV
157-205
Hans Huber Verlag 1965

6. Gesell, A. Zitiert nach Fischer, E.
7. Harbauer
Lempp
Nissen
Strunk
Lehrbuch der speziellen Kinder- und
Jugendpsychiatrie
Springer-Verlag 1972
8. Hartmann, K. Zur Problematik des kindlichen Autismus
und der psychiatr. Nosologie
Prax. Kinderpsycholog. 13, 91-95,
131-133; 1964
9. Hington, G.G. Childhood psychosis or mental retardation:
A diagnostic dilemma
Can. Med. Assoc. J. 89, 1020-1024; 1963
10. Kahlbaum, L. nach Peters, U.H.
11. Kanner, L. a) Autistic disturbances of affektive
contact
Nerv. Child 2, 217-250; 1963
- b) Problems oft nosology and psychdynamics
of eyrly infantil autism.
Americ. J. Orthopsychia. 19, 416-426; 1949
- c) To what extent is eyrly infantil
autism determined by constitutional
inadequacies.
Proc. Ass. Res. Nerv. and Ment. Dis. 33,
378; 1954
- d) The specifity of early infantil autism.
Acty Paedopsychiat. 25, 108-113; 1958

12. Kanner, L.
Eisenberg, L. Notes in the follow up studies of autistic children
In: P.H. Hoch und J. Zubin, Psychopath. oft Childhood, 277 ff., Grunds Stratton New York und London; 1953
13. Kehrer, H.E. a) Verhaltenstherapie bei kindlichem Autismus
Z. Kinder- und Jugendpsychiat. 2, 233-247; 1974
b) Frühkindlicher Autismus: Nosologie, Genese, Therapie
Akt. Neurol. und Psych. Bd. 3; 1978
c) Die Diagnose des kindlichen Autism. Der Kinderarzt 8; 1973
d) Sprach- und Denkinhalt autistischer Kinder
Acta paedopsychiatr. 43, 15-22; 1977
14. Krevelen, D.A., van Knippers, C. The Psychopathology oft autistic psychopathy
Acta Paedopsychiat. 29, 22-31; 1962
15. Kahler, M.S.
Furrer, M. Childpsychosis: A theoretical statement and its complications
J. Autism and childhood Schizophren. 2, 213-218; 1972
16. O'Gorman, G. Autismus in früher Kindheit
Ernst Reinhardt Verlag 1976
17. Jaspers, K. Allgem. Psychopathol. 9. Auflage,
Springer Verlag, 1973

18. Prick, G. De niet Specific neurot. ontwikkelings-
van der Walls, G. stornissen,
Nederland Handbook der Psychiatrie 1955
19. Rimland, B. Infantil Autism
Mathuen, London; 1965
20. Rutter, M. a) Psychotic Discorders in early
childhood
Recent Developments in Schizophrenia
133-158; 1967
- b) The development of infantil autism
Goulstonian Lectue, 1973
21. Peters, U.H. Wörterbuch der Psychiatrie und med.
Psychologie
Urban und Schwarzenberg; 1977
22. Small, J.G. Sensory evoked responses of autistic
children
Infantil Autism 224-242; 1971
23. Spitz, R.A. Die Entstehung der ersten Objektbe-
ziehungen
Klett-Verlag, 1957
24. Stutte, H. Frühkindlicher Autismus
Psychiatrie der Gegenwart Bd. II; 1960
25. Szurek, S.A. Elements of psychotherapeutics with
Berlin, I.N. the schizophrenic child and his parents
Psychiatry 19, 1-8; 1956

26. Tinbergen, E. A. Early childhood autism - ethologic approach,
Tinbergen, N. in: Fortschritte der Verhaltensforschung,
Heft 10; 1972
27. Wallace, B.R. Negativism in verbal and nonverbal responses of autistic children
Journal of abnormal Psychology, Apr. Vol. 84 (2) 138-143; 1975
28. Weber, D. Der frühkindliche Autismus unter dem Aspekt der Entwicklung
Hans Huber Verlag 1970
29. Wilhelm, G. Untersuchungen über die Bedeutung hirnnorganischer Schäden beim kindlichen Autismus
1977
30. Wing, J.K. Frühkindlicher Autismus
Beltz-Verlag 1973
31. Wing, L. What is an autistic child ?
Communications, 5-10; 1970
32. Wurst, E. Autismus
Hans Huber Verlag 1976

Herrn Prof. Dr. med. H. E. Kehrer möchte ich
für die Überlassung des Themas und die freund-
liche Unterstützung bei der Fertigstellung der
Arbeit herzlich danken.

Lebenslauf

Am 30.5. 1954 wurde ich als Tochter des Angestellten Georg Temme und seiner Ehefrau Gerda geb. Meppelink in Hiltten geboren.

Am 14.7. 1977 heiratete ich den Dipl.-Ing. Bernhard Meickmann.

1961 wurde ich in die Herderschule Unna eingeschult. Ich absolvierte dort die 4 Grundschuljahre und wechselte dann auf das dortige Mädchenlyzeum.

Im September 1965 wurde ich wegen Wohnungswechsels meiner Eltern auf das Gymnasium Nordhorn umgeschult.

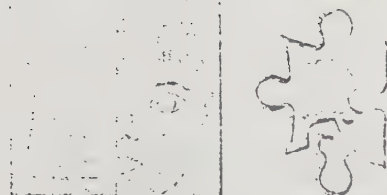
1969 wechselten meine Eltern wieder den Wohnort, ich besuchte dann das Gymnasium in Greven.

1973 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

1974 im Sommersemester begann ich das Medizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität.

Dort bestand ich im April 1976 die ärztliche Vorprüfung, im April 1977 den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, im April 1979 den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung und im April 1980 den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung.

Im Mai 1980 erhielt ich die Approbation als Arzt.



Hilfe für das autistische Kind e.V.

588 Lüdenscheid • Postfach 1008
Sparkasse Lüdenscheid 29215

The National Society
for Autistic Children

Diese Zusammenstellung der Symptome bei kindlichem Autismus erhebt nicht den Anspruch, absolut vollständig zu sein. Es lag daran, beobachtbare Verhaltensweisen ohne Wertung und ohne nach ihrer Ursache zu fragen, zu ordnen. Sie wurde uns freundlicherweise von Prof. Dr. H. Kehrer, Münster/Westf., zur Verfügung gestellt, dem wir für seine Unterstützung danken.

Symptome des infantilen Autismus

A. STÖRUNGEN DER BEZIEHUNGEN ZUR UMWELT

1. Veränderungen der Wahrnehmung

- Kinder betasten, beschnüffeln, belecken Gegenstände und Menschen
- Schnüffeln und Riechen an Gegenständen
- Beschäftigung mit dem eigenen Körper (Betasten, auf dem Boden rutschen etc.)
- Kinder werden durch bestimmte Geräusche fasziniert
- sie hören gern Musik (Singen)
- sie lieben plätscherndes Wasser
- sie schauen gaudiankvoil vor sich hin
- sie reagieren nicht auf die Umgebung
- sie scheinen taub oder schwerhörig zu sein
- sie scheinen gestilltes gegenüber Schmerz und Kälte
- sie spielen auch im dunklen Raum
- sie haben kaum Angst vor realen Gefahren (große Höhe, Feuer etc.)

2. Kontaktstörung

- Kinder schauen durch Personen hindurch
- sie wenden bei Ansprache den Blick ab oder verdecken die Augen
- sie strecken der Mutter nicht die Arme entgegen
- sie schmiegen sich nicht an
- sie reagieren nicht auf ihre Umgebung; es fällt schwer, ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen
- sie behandeln Personen wie Sachen
- sie scheinen am glücklichsten, wenn man sie allein läßt
- sie nehmen evtl. durch Necken, Ärgern oder Zerstören Kontakt auf

B. MOTORISCHE BESONDERHEITEN

1. Stereotypien

- Rhythmisches Schaukeln, mit dem Kopf wackeln
- Klopfen, Schlagen bis zur Selbstbeschädigung
- Klopfen mit Gegenständen, evtl. rhythmisch (s. a. A. 1. a)
- unentwegtes Drehen kleiner Gegenstände (wie Kreisel)
- Bewegungsstereotypien, die wie Gesten wirken (Hand wie zum Scavur heben und drehen, in die Innenfläche der Hand blicken, Personen auf die Schulter klopfen)
- Zanengang häufig
- manipuliertes Gehen (Stelzen, Hüpfen etc.)

2. Handlungen mit Zwangscharakter

- Sammeln kleiner Gegenstände
- Beschäftigung mit kleinen Insekten
- stereotypes Anordnen und Aufheben von Gegenständen und Bildern
- langes Spielen immer mit den gleichen Gegenständen
- zwanghaftes Streben nach Ordnung
- zwanghaftes Streben nach dem gewohnten Gleichmaß
- Angst oder Zorn bei Änderung des Gleichmaßes
- sich wehren gegen das Erlernen neuer Dinge

3. Koordination

- Geschicklichkeit, z. B. bei Springen, Balancieren
- geschickte Feinmotorik

4. Aktivität

- allgemeine Unruhe
- gesteigerte physische Aktivität
- Störung des Tag- und Nachtrhythmus
- Wutausbrüche, gelegentlich unbegründet

C. BESONDERHEITEN DER KOMMUNIKATION

1. Sprache

- Rückgang der Sprache nach ersten Ansätzen im frühen Kleinkindalter
- völliger Mutismus
- verspätete oder ausbleibende Sprachentwicklung
- Artikulationsstörungen (fehlende Konsonanten etc.)
- Störungen der Sprachmelodie
Verschiebung der Akzente
- Echolalie
- außergewöhnlich lautes oder leises Sprechen
- mangelhafte Satzbildung
- fehlerhafte Benennung von ähnlichen Gegenständen
- Verwechseln von Personalpronomen und Personennamen
- „nein“ wird häufiger gebraucht als „ja“
- falsche Anwendung von Partikeln und Präpositionen
- Sprache wird besser verstanden als selbst angewandt
- skurriler Gebrauch von Wörtern

2. Sprachfreie Kommunikation

- Versuch der Verständigung durch Gesten
- bei Wünschen Hinführen zum Objekt
- Vorliebe für sprachfreie Kommunikation auch bei entwickelter Sprache
- Kommunikation durch negative Kontaktaufnahme (Necken, Ärgern, Zerstören, s. a. A. 2. h)
- Ausstoßen von unartikulierten Lauten

D. EMOTIONELLE BESONDERHEITEN

1. Gesichtsausdruck

- intelligent, evtl. listig
- versonnen
- traurig
- unmotiviertes Lächeln oder Lachen

2. Verhalten

- abweisend
- unruhig (Ständiges Hin- und Herlaufen)
- Zornausbrüche bei nicht immer erkennbaren Anlässen
- unerwartete und unbegründete Aggressionen (z. B. Stechen, Schlagen, Ringen in die Augen einer anderen Person, beißen)
- Nähe zu Selbstgesprächen, evtl. mit zwei Rollen
- Bedürfnis nach Bestrafung
- Selbstbeschädigung (z. a. B. 1. a)
- Wagnislosigkeit auf der einen, unbegründete Angst auf der anderen Seite
- Einnässen, Einkoten
- egentümliche Essgewohnheiten (z. B. Unersättlichkeit, Stiefen, Würfen, Gucken, Weigerung zu schlucken, viel trinken)
- Stimmungsschwankungen, manchmal abstoßend vom Welt. Kinder sind im allgemeinen freundlich

E. SONSTIGES

- Zunehmender Entwicklungsrückstand als Folge des Mutismus
- Gutes Gedächtnis, vor allem für örtliche und zeitliche Zusammenhänge
- umschreibbare, teilweise intellektuelle Leistungen
- Liebe zur Musik (hören, singen, tanzen, s. a. A. 1. g)

1. Autismus-Fragebogen

(Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen)

- 1 Name des Kindes _____
- 2 Alter des Kindes _____
- 3 Stellung in der Geschwisterreihe (z. B. erstes von drei Kindern) _____
- 4 Ist es ein Junge oder ein Mädchen? _____
- 5 Kommt (kam) es vor, daß das Kind Gegenstände und Menschen beklopft, betastet oder beleckt?
 - 1 Ja, das kommt (kam) vor und ist sehr auffallend.
 - 2 Manchmal kommt (kam) das vor.
 - 3 Nein, das kommt (kam) nie vor.
- 6 Ist es Ihnen aufgefallen, daß das Kind an Gegenständen schnuppert (schnupperte) oder nicht frucht?
 - 1 Ja, das ist (war) besonders deutlich.
 - 2 Ja, gelegentlich stellen (stellten) wir das fest.
 - 3 Nein, das tut (tat) es nicht.
- 7 Haben (hatten) Sie das Gefühl, daß sich Ihr Kind mit seinem eigenen Körper beschäftigt, indem es ihn betastet oder streichelt (z. B. Geschlechtsorgane) oder indem es auf dem Boden rutscht (rutschte)?
 - 1 Ja, so häufig, daß wir uns wundern (wunderten).
 - 2 Ja, aber wohl nicht mehr als andere Kinder auch.
- 8 Hat (hatte) das Kind eine besondere Vorliebe für Musik?
 - 1 Ja, das ist (war) sehr ausgeprägt; es singt oder tanzt dazu oder macht beim Zuhören Bewegungen im Takt der Musik.
 - 2 Ja, das ist (war) sehr deutlich; es hört aber meist nur zu, ohne mitzusingen, zu tanzen oder sich im Takt zu bewegen.
 - 3 Es hat (hatte) ungefähr normales Interesse.
 - 4 Es hat (hatte) schwaches oder kein Interesse.
- 9 Hat (hatte) das Kind bestimmte Geräusche besonders gern (z. B. plätscherndes Wasser oder ähnliches)?
 - 1 Ja, auffallend stark; es ist (war) schwer, es dann in andere Richtung abzulenken.
 - 2 Das kommt (kam) gelegentlich vor.
- 10 Stiert (stierte) das Kind während längerer Perioden wie in Gedanken verloren vor sich hin?
 - 1 Ja, das kommt (kam) häufig vor.
 - 2 Manchmal kommt (kam) das vor.
 - 3 Nein, das kommt (kam) nicht vor.
- 11 Wie reagiert (reagierte) das Kind auf seine Umgebung?
 - 1 Meistens hat (hatte) man das Gefühl, als ob es die Dinge (Personen) um sich herum gar nicht wahrnehme.
 - 2 Manchmal scheint (schien) es nichts um sich herum wahrzunehmen.
 - 3 Es hat (hatte) etwa normales Interesse an seiner Umwelt.
 - 4 Das Interesse an den Dingen in seiner Umgebung ist (war) groß.
- 12 Haben Sie das Gefühl, das Kind könne schwerhörig oder gar taub sein?
 - 1 Nein, den Eindruck erweckte es nie.
 - 2 Ja, man kann (konnte) es wohl annehmen; wir wissen aber, daß die Hörfähigkeit normal ist.
 - 3 Ja, der Hörtest ergab, daß es wirklich schlecht hört.
- 13 Wie reagiert (reagierte) das Kind auf Schmerz?
 - 1 Es scheint (schien) kaum Schmerz zu empfinden.
 - 2 Das Schmerzempfinden ist (war) normal; jedenfalls nicht auffallend.
 - 3 Es ist (war) sehr schmerzempfindlich.
- 14 Wie reagiert (reagierte) das Kind auf Kälte?
 - 1 Es scheint (schien) gefühlos gegenüber Kälte.
 - 2 Es friert (frier) nicht leicht.
 - 3 Das Kälteempfinden ist (war) normal; jedenfalls nicht auffallend.
 - 4 Das Kind friert (frier) leicht.
- 15 Kommt (kam) es vor, daß das Kind durch Personen hindurchschaut oder auf, als ob diese nicht da wären?
 - 1 Ja, das kommt (kam) oft vor.
 - 2 Ja, das kommt (kam) manchmal vor.
 - 3 Nein, das kommt (kam) nicht vor.
- 16 Streichen Sie von den folgenden Beschreibungen diejenige an, die am deutlichsten wiedergibt, wie sich das Kind verhält (verhielt), wenn man es anspricht (ansprach):
 - 1 Es wendet (wendete) den Blick ab oder verdeckt (verdeckte) sogar die Augen.
 - 2 Es ist (war) schwierig, es dazu zu bewegen, den Gesprächspartner anzuschauen, aber manchmal gelingt (gelingt) es.
 - 3 Es gelingt (gelingt) recht gut, es dazu zu bewegen, den Gesprächspartner anzuschauen, nur manchmal schweift (schweifte) der Blick ab.
 - 4 Es verhält (verhielt) sich völlig normal, indem es den Gesprächspartner anschaut (anschaute).
- 17 Welche Sätze beschreiben am besten das Verhalten des Kindes als Baby?
 - 1 Es war ein ausgesprochen ruhiges Baby.
 - 2 Es schien sich wie andere Kinder darüber zu freuen, wenn es auf den Arm genommen wurde.
 - 3 Es wurde ganz steif oder schlief, wenn man es aus dem Bettchen nahm.
 - 4 Wenn man es auf den Arm nahm, lehnte es den Kopf nicht an.
 - 5 Es war wie andere Babies auch erfreut, wenn man es auf den Arm nahm.
 - 6 Es war ein lebhaftes Baby.
- 18 Haben (hatten) Sie das Gefühl, als sei das Kind am glücklichsten, wenn man es allein ließe?
 - 1 Ja, das ist (war) sehr auffallend.
 - 2 Ja, manchmal kann (konnte) man das glauben.
 - 3 Nein, das fällt (fiel) uns nicht auf.
 - 4 Nein, im Gegenteil, es scheint (schien) gern Menschen um sich zu haben.
- 19 Beobachten Sie (haben Sie beobachtet), daß das Kind rhythmisch seinen Körper wagt oder schaukelt, mit dem Kopf wackelt oder ähnliche immer wiederkehrende gleichbleibende Bewegungen ausführt?
 - 1 Ja, das sehen (sahen) wir oft.
 - 2 Gelegentlich tut (tat) es das.
 - 3 Nein, das tut (tat) es nicht.
- 20 Welche der folgenden Besonderheiten in den Bewegungen scheinen Ihnen typisch für Ihr Kind zu sein?
 - 1 Es klopft (klopfte) mit Gegenständen, evtl. in bestimmtem Rhythmus.
 - 2 Es dreht (drehte) kleine Gegenstände (so z. B. Kreisel, runde Scheiben u. a., aber auch Gegenstände, die nicht dazu geeignet scheinen).
 - 3 Es macht (machte) immer in gleicher Weise wiederkehrende Bewegungen, z. B. mit den Händen.
Beispiele:
Es hebt die Hand wie zum Schwur und dreht sie dabei. Es blickt in die Innenfläche der Hand.
Es dreht die Hand um das Handgelenk und schaut dieser Bewegung zu.
Es legt Personen die Hand auf die Schulter.
 - 4 Es geht (ging) auf Zehenspitzen.
- 21 Sehen (sahen) Sie einige der folgenden Handlungen bei Ihrem Kind?
 - 1 Es sammelt (sammelte) besonders auffallend kleine Gegenstände.
 - 2 Es beschäftigt (beschäftigt) sich gern mit kleinen Insekten (wie Fliegen oder Käfern).
 - 3 Es hat (hatte) eine Vorliebe dafür, mit stets wiederkehrender Gleichmäßigkeit Gegenstände oder Bänder anzuordnen oder aufzuzählen.
 - 4 Es spielt (spielte) während ungewöhnlich langer Zeitspannen (wie in der gleichen Weise mit demselben Spielzeug oder denselben Gegenständen).
 - 5 Es scheint (schien) wie unter einem Zwang auf Ordnung bedacht zu sein.
 - 6 Es kann (konnte) es nicht ertragen, wenn irgendwelche Dinge in seiner Umgebung oder der Ablauf von Handlungen geändert werden (wurden).
Beispiele:
Änderung der Möbelaufstellung,
Änderung eines gewöhnlich gleichbleibenden Arbeitsablaufes oder Weges, z. B. beim Einkaufen oder Spaziergang.

- Wenn eine solche unter 5 beschriebene Änderung eintritt (eintrifft), reagiert (reagiert) es mit Angst oder Zorn?
- 1 Es wehrt (wehrt) sich, wenn es neue Dinge erleben soll.
- 2 Wie gut ist (war) die körperliche Geschicklichkeit des Kindes? (Springen, Klettern, Balancieren)
- 1 Ungewöhnlich gut, scheint (schien) es.
- 2 Durchschnittlich gut, scheint (schien) es.
- 3 Ein wenig unter dem Durchschnitt, scheint (schien) es.
- 4 Schlecht, scheint (schien) es.
- 3 Wie fähig ist (war) das Kind, Feinarbeiten mit seinen Fingern zu tun?
- 1 Außerordentlich geschickt, scheint (schien) es.
- 2 Durchschnittlich geschickt für das Alter, scheint (schien) es.
- 3 Ein wenig unbeholfen, scheint (schien) es.
- 4 Sehr unbeholfen, scheint (schien) es.
- 3 Hörte das Kind zu sprachen auf, nachdem es im frühen Kleinkindalter erste Ansätze dazu gemacht hat?
- Ja - Nein - Es fing nie an zu sprachen
- 3 In welchem Alter begann die Sprachentwicklung des Kindes?
- 1 Es spricht noch gar nichts.
- 2 Sie begann mit 3-12 Monaten
- 3 Sie begann mit 13-15 Monaten
- 4 Sie begann mit 16-24 Monaten
- 5 Sie begann mit 2-3 Jahren
- 6 Sie begann mit 3-4 Jahren
- 7 Sie begann nach dem 4. Lebensjahr
- 3 Daran kann ich mich nicht mehr erinnern
- 3 Streichen Sie bitte die Besonderheiten der Sprache an, die auf ihr Kind zutreffen (zutrafen):
- 1 Es verschluckt (verschluckte) einige Buchstaben (etwa "M" oder "L").
- 2 Es hat (hatte) Schwierigkeiten, einige Laute auszusprechen und ersetzt sie evtl. durch andere, ähnlich wie in der Kindersprache (sagt z. B. "lomm" statt "komm" oder ähnliches).
- 3 Die Sprachmelodie ist (war) gestört, d. h. es wird z. B. die Stimme innerhalb eines Satzes an Stellen gehoben, an denen man es nicht erwarten würde. Oder es werden Worte ganz anders betont, als man es nach dem Sinn des Satzes erwarten würde.
- 4 Es neigt (neigte) dazu, die Endsilben von Worten in die Länge zu ziehen.
- 5 Ein Wort wird (wurde) in normaler Lautstärke begonnen und die Endsilbe wird (wurde) nur noch gehaucht oder ganz verschluckt.
- 3 Geben Sie bitte von den folgenden Eigentümlichkeiten des sprachlichen Ausdrucks diejenigen an, die Sie bei Ihrem Kind sehen (gesehen haben):
- 1 Es kommt (kam) vor, daß es Sätze, die in seiner Umgebung gesprochen werden (wurden), genau wiederholt (wiederholte) oder wie ein Echo nachplappert (nachplapperte), ohne den Sinn zu verstehen.
- 2 Es gebraucht (gebrauchte) von sich aus selten oder nie Sätze; es drückt (drückte) vielmehr alles, was es sagen will (wollte), durch ein Wort aus.
- 3 Es kommt (kam) vor, daß es Gegenstände, die sich ähnlich sehen, falsch benennt (benannte).
- 4 Es vertauscht (vertauschte) Fürwörter; sagt z. B. „du willst schwimmen gehen“ statt „ich will schwimmen gehen“ oder „es hat Hunger“ statt „ich habe Hunger“.
- 5 Es gebraucht (gebrauchte) „nein“ häufiger als „ja“.
- 6 Es kann (konnte) Sprache weitaus besser verstehen als selbst anwenden.
- 7 Wörter w. en (wurden) in einer Weise gebraucht, die ihrem Sinn nicht entspricht oder in einem Zusammenhang ben. in den sie nicht passen.
- 2 Die folgenden Aussagen beschreiben die Art der Verständigung des Kindes mit den Personen seiner Umgebung; kennzeichnen Sie bitte die, die Sie selbst beobachten (beobachteten haben).
- 1 Das Kind gebraucht (gebrauchte) zur Verständigung lieber Handbewegungen und Gesten als Worte, auch wenn es sprechen kann.
- 2 Es behandelt Personen wie Werkzeuge, d. h. wenn es einen Gegenstand nicht erreichen kann (konnte), nimmt (nimmt) es die Hand eines Erwachsenen, führt (führt)

- sie zu dem Gegenstand, um anzudeuten, daß er ihm helfen möge. Dabei sieht (sah) es den Erwachsenen nicht an und spricht (spricht) kein Wort.
- 3 Wenn das Kind auf sich aufmerksam machen will (wollte), so geschieht (geschieht) das häufig (gelegentlich) durch Nicken oder Argen oder bei Kindern, indem es z. B. ihre Bauwerke zerstört (zerstört) oder ihnen ein Spielzeug wegnimmt (wegnimmt).
- 2 Kommt (kam) es vor, daß das Kind plötzlich und unerwartet laute Laute ausstößt (ausstößt), wie z. B. Brummen, Plepen, Kreischen, Quetschen?
- 1 Ja, das kommt (kam) häufig vor.
- 2 Von Zeit zu Zeit beobachten (beobachteten) wir das.
- 3 Nein, das kommt (kam) nicht vor.
- 2 Der Gesichtsausdruck des Kindes ist intelligent, pfiffig, listig, schemisch, wach, abwesend, versonnen, verträumt, verschlossen, traurig, freundlich, müde.
- Unterstreichen Sie bitte die Ausdrücke (also evtl. mehrere), die Ihnen typisch erscheinen.
- 2 Beobachten (beobachteten) Sie, daß das Kind ohne erkennbaren Grund lacht (lacht) oder lachelt (lachelt)?
- 1 Ja, das beobachten (beobachteten) wir recht oft.
- 2 Ja, manchmal beobachten (beobachteten) wir das.
- 3 Nein, das beobachten (beobachteten) wir nicht.
- 2 Streichen Sie von den folgenden Verhaltensweisen bitte die zutreffenden an:
- 1 Das Kind verhält (verhielt) sich anderen Personen gegenüber abweisend.
- 2 Es ist (war) unruhig; kann (konnte) nicht stillsitzen oder auf (auf) ständig hin und her.
- 3 Es kommen (kamen) Zornausbrüche vor, deren Anlaß nicht erkennbar ist (war).
- 4 Es kommt (kam) vor, daß das Kind völlig unerwartet und unbegründet aggressiv wird (wurde) und dann z. B. andere Personen schlägt, kratzt oder ihnen die Finger in die Augen bohrt.
- 5 Es hat (hatte) eine Neigung zu Selbstgesprächen, eventuell auch mit 2 Rollen.
- 6 Es hat (hatte) ein Bedürfnis nach Bestrafung.
- 7 Es hat (hatte) die Neigung, sich selbst zu beschädigen, z. B. sich selbst zu schlagen, daß blutige Flecke erscheinen, sich selbst blutig zu kratzen und ähnliches.
- 8 Es zeigt (zeigte) sich auf der einen Seite weghellig und ist (war) auf der anderen Seite unbegründet ängstlich, so daß zum Beispiel dasselbe Kind beim Klettern sehr mutig sein kann und vor der Wasserspülung der Toilette ängstlich davonläuft.
- 9 Sinnlosen Einkoten kommt (kam) vor, obwohl das Kind eigentlich sauber ist (war).
- 10 Das Kind ist (war) im allgemeinen freundlich, aber die Stimmung schwankt (schwankte) (evtl. abhängig vom Wetter)?
- 2 Hat (hatte) das Kind eigentümliche Eigewohnheiten (wie z. B. Unordentlichkeit, Stopfen, Würgen, Spucken, Wegerung zu schlucken, zu kauen), trinkt es viel?
- 1 Die hat (hatte) es in ausgesprochenem Maße.
- 2 Die hat (hatte) es in gewissem Maße.
- 3 Nein, die hat (hatte) es nicht.
- 2 Ist die Intelligenz des Kindes getestet worden?
- 1 Wann? _____
- Welcher Intelligenzquotient ergab sich? _____
- 2 Wenn nein oder falls Sie von einem Test nichts wissen, welchen Eindruck von der Intelligenz des Kindes haben Sie? _____
- 2 Wie ist das Gedächtnis des Kindes, vor allem für örtliche Gegebenheiten, z. B. Wege? Liedertexte?
- gut - mittel - schlecht
- 2 Zeigt (zeigte) das Kind die Intelligenz betreffende besondere Leistungen auf einzelnen Gebieten, die besonders auffallen (auffallen) und im Gegensatz zu den sonstigen Fähigkeiten stehen (stehen)?
- 1 Ja, das fällt (fiel) uns auf.
- 2 Nein, die Leistungen die die Intelligenz betreffen, sind auf allen Gebieten gleich.
- 2 Sonstiges: _____

2. Autismus-Fragebogen

(Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen)

Name des Kindes: _____

1 Jetziges Alter des Kindes _____

2 Junge, Mädchen _____

3 Sind in der Blutsverwandschaft Gemütskrankheiten oder Geisteskrankheiten vorgekommen?

1 wenn ja: ja, nein
 Geisteskrankheit (Schizophrenie oder ähnl.)
 Gemütskrankheit (Depression oder ähnl.)
 Zwangsnervose
 Autismus
 Anfallskrankheit (Epilepsie)

2 bei Vater(des Kindes), Mutter, Schwester, Bruder
 Geschwister des Vaters, Geschwister der Mutter
 Vater des Vaters, Mutter des Vaters
 Vater der Mutter, Mutter der Mutter
 Onkel oder Tante des Vaters
 Onkel oder Tante der Mutter
 Großeltern der Mutter
 Großeltern der Mutter
 anderen Blutsverwandten

3 Gibt es in der Blutsverwandschaft eigenartige
 Persönlichkeiten (Eigenbrötler, auffallend Kontaktschwache, Sonderling, sog. Psychopath, d. h. Person mit schwerwiegenden Charakterstörungen)

1 wenn ja, nennen Sie die Besonderheit _____

2 bei wem? (Verwandschaftsgrad wie unter 3 2) _____

4 Hat (hatte) ein Blutsverwandter nichtkrankhafte
 Zwangssymptome (pedantisch, übertriebene Ordnung oder Sauberkeit, Zwang, sich in bestimmter Weise zu waschen, Zählzwang, Kontrollzwang [z. B. Nachsehen, ob Tür abgeschlossen obwohl man weiß, daß das der Fall ist], zwanghafte Ängste oder Befürchtungen)

1 wenn ja, nennen Sie die Besonderheit _____

2 bei wem? (Verwandschaftsgrad wie unter 3 2) _____

3 Genaue Berufsbezeichnung des Vaters _____

Genaue Berufsbezeichnung der Mutter _____

Genaue Berufsbezeichnung des Großvaters väterlicherseits _____

Genaue Berufsbezeichnung des Großvaters mütterlicherseits _____

4 Ausbildung des Vaters
 Volksschulabschluß
 Realschulabschluß
 Abitur
 Fachschulstudium
 Hochschulstudium
 Lehre
 Meisterprüfung

5 Ausbildung der Mutter
 Volksschulabschluß
 Realschulabschluß
 Abitur
 Fachschulstudium
 Hochschulstudium
 Lehre
 Meisterprüfung

6 Wer in der Familie ist besonders musikalisch? _____

7 Wer in der Familie ist ausübender Künstler? _____

8 Besonderheiten in der Schwangerschaft dieses Kindes.

Störung oder Krankheit der Mutter ja, nein
 1 wenn ja, welche Störung? _____

2 in welchem Monat der Schwangerschaft? _____

3 Waren die Kindsbewegungen auffallend stark
 auffallend gering
 normal, wie bei anderen Kindern

9 Geburt

1 zum errechneten Termin
 zu früh (wie viele Tage)
 zu spät? (wie viele Tage)

2 Zwillings- oder Mehrlingsgeburt? ja, nein
 1. Zwilling, 2. Zwilling

3 Dauerte die Geburt sehr lange? ja, nein
 wie viele Stunden? _____

4 War es eine Sturzgeburt? ja, nein

5 Wurde die Geburt künstlich eingeleitet? ja, nein

6 Vorzeitiger Blasensprung? ja, nein

7 Hat das Kind sofort geschrien? ja, nein

8 Bestand eine Blutgruppenunverträglichkeit

der Eltern (Rh) ja, nein nicht bekannt

10 Beschreiben Sie eine eventuelle andere Störung
 der Geburt _____

9 Ernährung in den ersten Lebensmonaten

1 Wurde das Kind an der Brust gestillt? ja, nein

2 Wenn ja, wie viele Wochen? _____

3 Trank das Kind gut? ja, nein

4 Wenn nein, war es trinkfaul? ja, nein

5 Erbrach es oder spuckte die Milch aus? ja, nein
 Wenn ja, in welchen Wochen nach der Geburt?

6 Wie funktionierte die Umstellung auf festere Nahrung? gut, schlecht

7 Hatte das Kind Schwierigkeiten beim Kauen, Herunterschlucken? ja, nein

8 Wann lernte das Kind vom Löffel zu essen? _____

_____ Monat

9 Beschreiben Sie sonstige Störungen in der Ernährung des Kindes _____

10 Wie ißt das Kind heute?

normal

sehr wenig

sehr viel

es ißt sehr wählerisch mit Speisen

es stopft und schluckt nicht herunter

es trinkt auffallend viel

es kaut nicht normal

es ißt noch nicht mit Besteck

Sonstiges _____

Motorische Entwicklung

- 1 Wann konnte das Kind greifen, einen Gegenstand in der Hand halten? _____ Monat
- 2 Wann konnte es frei sitzen? _____ Monat
- 3 Wann konnte es frei stehen? _____ Monat
- 4 Wann konnte es ohne Unterstützung gehen? _____ Monat
- 5 Wann konnte es sich selbständig an- und ausziehen? _____ Jahr

10 Bisherige Krankheiten

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| Masern | _____ Lebensjahr |
| Kräftchen | _____ Lebensjahr |
| Windpocken | _____ Lebensjahr |
| Röteln | _____ Lebensjahr |
| Scharlach | _____ Lebensjahr |
| Mandelaentzündungen | _____ Lebensjahr |
| Otitis media | _____ Lebensjahr |
| (z. B. Mittelohrentzündung) | |
| Augenerkrankungen | _____ Lebensjahr |
| Krampe | _____ Lebensjahr |
| (epileptische Anfälle o. a.) | |
| Hirnhautentzündung | _____ Lebensjahr |
| (Meningitis) | |
| Andere Gehirnerkrankungen | _____ Lebensjahr |
| (z. B. nach Impfung) | |
| Allergische Erscheinungen | _____ Lebensjahr |
| Andere körperliche Krankheiten | _____ Lebensjahr |
| | _____ Lebensjahr |
| | _____ Lebensjahr |

1 Betrachten Sie Ihr Kind als körperlich gesund oder krankheitsanfällig?

11 Wurde eine Hirschschädigung nachgewiesen? ja nein

- 1 wenn ja
durch EEG,
Lüftung der Hirnhäute
durch neurologischen Befund
auf andere Weise

12 Wie ist die Hörfähigkeit des Kindes?

- Es hört mit Sicherheit normal
Es hört normal (?)
Es ist mit Sicherheit taub
Es hört schlecht
Es hört Geräusche, aber versteht keine Sprache
Es hört geräuschvoll, rhythmische Musik
Es singt/singt früh geborene Melodien
(ab wann)
Es hat ein absolutes Gehör

13 Schlaf

Ist/war der Schlaf des Kindes normal? ja nein

1 wenn nein:

- Kind schläft (schief) schlecht ein
Es wacht (wachte) in der Nacht auf, verhält (verhielt) sich aber ruhig
Es wacht (wachte) nachts auf und läuft (lief) umher, ist (war) unruhig
Es wacht (wachte) morgens sehr früh auf

14 Reaktion auf Medikamente

Das Kind verträgt Medikamente normal/schlecht

1 wenn schlechte Verträglichkeit
Medikamente bekommen ihm schlecht, eventuell weiche?

2 Es reagiert auf Medikamente paradox
(z. B. wird nach Beruhigungsmitteln lebhaft und umgekehrt) ja nein

15 Wann wurde bei Ihrem Kind die Diagnose "kindlicher Autismus" oder ähnl. gestellt?

_____ L-Jahr

1 Wurden vorher andere Diagnosen gestellt? ja nein
Wenn ja, welche? _____

16 Verlauf der Krankheit

1 Hat sich der Kontakt zu Erwachsenen gebessert? ja nein

2 Hat sich der Kontakt zu Kindern gebessert? ja nein

3 Ist das Kind ruhiger geworden? ja nein

4 Haben sich die Stereotypen (häufige und unmotiviert Bewegungen) verändert? ja nein
geringer geworden
zugenommen
andere Formen angenommen

17 Wo befindet sich das Kind?

- zu Hause
in einem Heim
in einem Krankenhaus/Klinik
anderer Ort _____

18 Welche Behandlung oder Maßnahme hat sich günstig auf das Kind ausgewirkt?

- Medikamente, welche _____
Klinische Behandlung
Verhaltensstherapie
Behandlung und Betreuung durch die Mutter
Behandlung und Betreuung durch andere Person
Besuch einer Tagesstätte für geistig Behinderte
Besuch eines normalen Kindergartens
Besuch einer Sonderschule für geistig Behinderte
Besuch einer Sonderschule für Lernbehinderte
Besuch einer normalen Schule

19 Sonstiges _____

3. Autismus-Fragebogen

(Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen)

Name des Kindes: _____

1 Wie sah das Kind in den ersten Wochen nach der Geburt aus?

- _____ 1. blaß
- _____ 2. sehr gut und frisch
- _____ 3. wie jedes andere Kind

2 Wie reagierte das Kind während des ersten Lebensjahres auf helles Licht, helle Farben?

- _____ 1. besonders starke Reaktion, mit Freude
- _____ 2. ablehnend, ängstlich (Augen zukneifen u. ä.)
- _____ 3. verhielt sich unauffällig

3 Wie reagierte es im ersten Jahr auf laute, ungewöhnliche Geräusche?

- _____ 1. ablehnend, ängstlich
- _____ 2. besonders starke Reaktion, mit Freude
- _____ 3. verhielt sich unauffällig

4 Wie verlief der Übergang vom Kriechen (Krabbeln) zum Laufen?

- _____ 1. krabbelte gar nicht oder kaum, lief gleich
- _____ 2. krabbelte besonders lange, begann plötzlich zu laufen
- _____ 3. normal wie bei anderen Kindern

5 Verhielt sich das Kind je ganz normal?

- _____ 1. ab dem ersten 6 Monate
- _____ 2. im ersten Lebensjahr
- _____ 3. die ersten 18 Monate
- _____ 4. die ersten 2 Jahre
- _____ 5. die ersten 3 Jahre
- _____ 6. die ersten 4–5 Jahre

6 Hatte das Kind ungewöhnliche Bedürfnisse, etwas in den Mund zu nehmen usw. (zwischen 2. und 5. Jahr)

- _____ 1. nahm nie etwas außer Nahrung in den Mund
- _____ 2. bevorzugte salzig Schmeckendes
- _____ 3. kaute auf Metall oder glatten Gegenständen
- _____ 4. nahm alles in den Mund, was es erreichen konnte
- _____ 5. kaute auf weichen Leinwand herum
- _____ 6. verhielt sich in dieser Beziehung wie normales Kind

7 Neigte das Kind dazu, Dinge mit den Lippen zu berühren?

- _____ 1. berührte Stoffe (Textilien) mit dem Mund
- _____ 2. neigte dazu bei Begrüßung zu küssen (auch Fremde)
- _____ 3. tat es nie

8 Tastet(e) das Kind Oberflächen (z. B. Stoffe) häufig mit den Fingern ab?

- _____ 1. das tut (tat) es oft
- _____ 2. das tut (tat) es gelegentlich
- _____ 3. in normalem Umfang

9 Hat das Kind vor dem 3. Lebensjahr imitiert (nachgeahmt)?

- _____ 1. nie
- _____ 2. imitierte vorgemachte Bewegungen
- _____ 3. imitierte vorgemachte Laute
- _____ 4. imitierte vorgesprochene Worte
- _____ 5. imitierte Melodien

10 Dreht sich das Kind öfters – wie ein Kreisel – um sich selbst?

- _____ 1. tat (tut) es häufig
- _____ 2. tat (tut) es gelegentlich
- _____ 3. tat es nie

11 Sieht das Kind Dinge auch aus größerer Entfernung?

- _____ 1. es sieht (sah) offenbar nur Dinge, die ein paar Meter entfernt sind waren
- _____ 2. läßt sich nicht feststellen
- _____ 3. es hat (hatte) hier keine Schwierigkeiten

12 Fällt das Kind leicht (oft) hin?

- _____ 1. fällt mehrmals am Tag
- _____ 2. fällt besonders ungeschickt, so daß es sich verletzt
- _____ 3. fällt nicht mehr als andere Kinder

13 Wie ist die Muskelkraft des Kindes?

- _____ 1. die Kraftentfaltung der Hände (Handedruck u. ä.) ist (war) auffallend gering
- _____ 2. die Muskelkraft ist (war) am ganzen Körper gering
- _____ 3. die Entfaltung der Muskelkraft ist (war) größer als bei anderen Gleichaltrigen
- _____ 4. die Muskelkraft ist ganz normal

14 Schwitzt das Kind leicht?

- _____ 1. es hat häufig feuchte Hände
- _____ 2. es schwitzt(e) oft nachts so stark, daß das Bettzeug naß ist (war)
- _____ 3. es schwitzt überhaupt nicht
- _____ 4. es schwitzt normal, nur unter bestimmten Bedingungen (Hitze, Anstrengungen usw.)

15 Wie ist die Temperatur des Kindes?

- _____ 1. es hat(te) häufig Fieber
- _____ 2. es hat(te) oft gering erhöhte Temperatur
- _____ 3. es hat meistens zu niedrige Körpertemperatur (unter 35,5°)
- _____ 4. bezüglich der Temperatur ist alles normal
- _____ 5. es hat oft kalte Hände und oder Füße

16 Wie ist die Gesichtsfarbe des Kindes?

- _____ 1. es ist (war) meistens sehr blaß
- _____ 2. man beobachtet(e) einen häufigen Wechsel von Blässe und Gesichtsröte
- _____ 3. man sieht (sah) oft bläuliche Färbung (Cyanose) um den Mund, bläuliches Dreieck
- _____ 4. die Gesichtsfarbe ist (war) immer ganz normal

23) Zeigt das Augenverhalten deutliche Schwankungen?

- _____ 1. Befinden und Stimmung sind sehr wechselnd
- _____ 2. das scheint vom Alter abzuhängen
- _____ 3. Befinden und Stimmung wechseln wenig

24) Hat das Kind epileptische Anfälle oder ähnliche Zustände?

- _____ 1. es hat (hatte) typische epileptische Anfälle
- _____ 2. es hat (hatte) kleine Anfälle (sog. Absenzen o. Ä.)
- _____ 3. es hatte noch nie anfallsartige Zustände

25) Bei welchen Gelegenheiten ist (war) das Kind sehr ängstlich?

- _____ 1. es hatte Angst vor fremden Erwachsenen
- _____ 2. es hatte Angst vor fremden Kindern
- _____ 3. es hatte Angst vor der Dunkelheit
- _____ 4. es hatte Angst vor Gewitter
- _____ 5. es hatte Angst vor dem Alleinsein

26) Hat das Kind sehr stereotypische Vorlieben (wie Räder, Autos, Uhren, Landkarten usw.)?

- _____ 1. es beschäftigt sich sehr viel mit solchen Gegenständen
- _____ 2. es spricht immerzu von derartigen
- _____ 3. es hat keine solchen Vorlieben, die über das normale Maß hinausgehen

27) Bemerkt das Kind Veränderungen in seiner Umgebung und versucht die alte Ordnung wieder herzustellen?

- _____ 1. das tut (tut) es oft
- _____ 2. das tut (tut) es gelegentlich
- _____ 3. das tut es nie

28) Hat das Kind Tiere gern?

- _____ 1. es hat (hatte) Angst (zieht sich zurück) vor allen Tieren
- _____ 2. es mag (mag) bestimmte Tiere
Welche? _____
- _____ 3. es beschäftigt(sic) sich wahrlos mit allen Tieren
- _____ 4. es liebt (liebt) bestimmte Tiere
Welche? _____
- _____ 5. es hat keine Beziehung zu Tieren

29) Ist das Kind technisch begabt?

- _____ 1. es hat großes technisches Interesse (konstruktives Bauen usw.)
- _____ 2. es beschäftigt sich ausschließlich mit unpolaren, technischen Dingen (Abstraktem im Haushalt, technischem Spielzeug usw.)
- _____ 3. es interessiert sich nicht für technische Dinge
- _____ 4. sein technisches Interesse ist altersentsprechend

30) Stellt das Kind Fragen?

- _____ 1. es fragt eigenartig, nach absurden Dingen
- _____ 2. es fragt nicht, obwohl es sonst gut sprechen kann
- _____ 3. es fragt altersentsprechend

31) Wie ist das Verhältnis des Kindes zu Zahlen (Mengen)?

- _____ 1. es hat gar keinen Zahlenbegriff
- _____ 2. es kann auch ohne Worte gut mit Zahlen umgehen
- _____ 3. es kann bis _____ zählen
- _____ 4. es kann etwas rechnen (Zuzählen, Abziehen)
- _____ 5. es kann gut rechnen (Malnehmen, Teilen)
- _____ 6. es kann ungewöhnlich gut rechnen

32) Kann das Kind zeichnen?

- _____ 1. es zeichnet – noch – gar nicht
- _____ 2. es zeichnet gut, aber vorwiegend eigenartige Dinge
- _____ 3. es zeichnet ausschließlich bestimmte Dinge, nämlich _____

33) Kann das Kind schreiben?

- _____ 1. es schreibt noch nicht
- _____ 2. es schreibt Worte in Druckbuchstaben
- _____ 3. es schreibt Worte in Schreibschrift
- _____ 4. es schreibt Sätze in Druckbuchstaben
- _____ 5. es schreibt Sätze in Schreibschrift
- _____ 6. es schreibt zu Ziffern

34) Womit kann man das Kind belohnen?

- _____ 1. mit Süßigkeiten
- _____ 2. mit Fruchtsäften
- _____ 3. mit anderen Nahrungsmitteln
nämlich _____
- _____ 4. mit Lob („Das hast du gut gemacht“ o. Ä.)
- _____ 5. mit Zärtlichkeiten (Streicheln, Küssen, Umarmen u. Ä.)
- _____ 6. mit evtl. anderen Maßnahmen _____

35) Womit kann man das Kind bestrafen?

- _____ 1. mit Schimpfen
- _____ 2. mit Schlägen
- _____ 3. mit Nichtbeachtung
- _____ 4. mit Entzug von Vergünstigungen
- _____ 5. mit evtl. anderen Maßnahmen _____

36) Ist das Weinen des Kindes normal?

- _____ 1. es weint(e) lautes
- _____ 2. es weint(e) ohne Tränen
- _____ 3. der Gesichtsausdruck beim Weinen ist eigenartig
- _____ 4. es weint(e) wie alle Kinder



